DOCUMENT DE POLITIQUE GÉNÉRALE

L'impact des Conflits Armés sur la Santé des Enfants en République Centrafricaine

Dimitri Tchakounte et *Molambo Sambi Loic*

Octobre 2023 / No.803

Résumé

Depuis plusieurs décennies, la République centrafricaine est le théâtre d'une succession de coups d'État qui s'accompagnent de conflits armés dans de nombreuses préfectures du pays. Or, les enfants souffrent de taux élevés de malnutrition aiguë lors de ces conflits armés. Cette étude vise à analyser l'impact des conflits armés de 2003-2008 et 2012-2014 sur la santé des enfants en utilisant les données des Enquêtes à Grappes Multiples de 2010 et 2018 de la République Centrafricaine. Notre stratégie d'identification repose sur l'exploitation des variations temporelles et spatiales entre les cohortes de naissance et de

préfectures pour mesurer l'exposition des enfants aux conflits. À partir de l'estimation de la différence dans la différence, nous constatons que les scores Z de la taille pour l'âge et du poids pour l'âge sont respectivement inférieurs de 0,518 et 0,242 écart-type pour les enfants nés pendant la guerre. Nous examinons également l'impact de la durée totale d'exposition aux conflits, et les résultats indiquent qu'un mois supplémentaire d'exposition réduit de manière significative les z-scores de taille pour l'âge et de poids pour l'âge. Nous effectuons en outre une analyse de robustesse, et les résultats suggèrent que les effets sont robustes si l'on tient compte du nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays dans les préfectures et du niveau de richesse des ménages. Comme les pertes économiques semblent être le mécanisme le plus pertinent associé au déclin de la santé nutritionnelle des enfants en RCA, les interventions doivent promouvoir l'autonomisation agricole des personnes déplacées à l'intérieur du pays, initier des transferts d'argent et des programmes d'emploi visant à reconstruire les actifs des ménages en l'absence de revenus agricoles. En outre, la réhabilitation des services sociaux de base, en particulier des infrastructures de santé, peut contribuer à atténuer les effets négatifs des conflits sur la santé des enfants grâce à l'accès à des soins de santé adéquats en cas de maladie.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2006), la santé est "un état complet de bien-être physique, social et mental, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". En tant que telle, elle peut être influencée par des facteurs non strictement médicaux tels que la nutrition, l'eau potable et les systèmes d'égouts, l'hygiène, l'éducation, etc. (Labourdette, 1992). Depuis de nombreuses années, plusieurs politiques visant à améliorer la santé des populations vulnérables, dont les femmes et les enfants, ont été définies. On peut citer par exemple la conférence d'Alma Ata en 1978, celle de Lusaka en 1985, l'initiative de Bamako (1987) et le Sommet mondial de l'enfance en 1990 avec l'objectif commun de "la santé pour tous" d'ici à l'an 2000. La communauté internationale a également mis l'accent sur la santé dans les OMD, qui ont été réaffirmés avec acuité dans le cadre du développement durable puisque quatre objectifs sur dix-sept sont directement liés à la santé.

La santé pendant l'enfance prépare le terrain pour la santé à l'âge adulte. Il est donc justifié d'investir dans la santé des enfants, non seulement parce que cela répond à un droit humain fondamental, mais aussi parce qu'il s'agit d'un investissement à fort rendement social et privé, et qu'une mauvaise santé contribue à perpétuer la pauvreté (Belli & Appaix, 2003). Mais il est reconnu que la malnutrition, une forme rapide de perte de poids provoquée par la famine et/ou la maladie (Loewenberg, 2015), a toute une série d'effets qui entravent non seulement la nutrition et le développement des enfants à court terme, mais aussi leurs capacités cognitives et leur productivité à l'âge adulte, avec des impacts économiques mesurables (Ruel et Hoddinott, 2008).

Comme l'indique Corley (2021), la malnutrition désigne un déséquilibre entre la consommation d'énergie ou de nutriments et les besoins nutritionnels de l'organisme. Le terme de malnutrition englobe à la fois la sous-nutrition (par exemple, la malnutrition aiguë modérée et sévère, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et les carences en micronutriments) et la surnutrition (par exemple, la surcharge pondérale et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation). La malnutrition pendant l'enfance reste un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Dans les pays en développement, ce problème est d'autant plus grave que la malnutrition est à l'origine de près de la moitié (45 %) des décès d'enfants, en particulier dans les communautés socioéconomiques défavorisées des pays en développement (Black et al., 2008 ; de Onis et al., 2013). Pourtant, la sous-nutrition infantile est un élément responsable de plus de trois millions de décès d'enfants évitables (Yaya et al., 2020).

Ces dernières années, le retard de croissance et l'émaciation en particulier ont attiré l'attention des chercheurs sur la santé nutritionnelle des enfants (Kamiya et al., 2018 ; McKenna et al., 2019 ; Shroff et al., 2009 ; Yaya et al., 2020). Le retard de croissance, qui reflète la malnutrition chronique, désigne un enfant trop petit pour son âge et il est associé à une insécurité alimentaire prolongée ou à une maladie persistante. L'émaciation quant à elle, qui reflète la malnutrition aiguë, désigne un enfant trop maigre pour sa taille, et illustre une carence nutritionnelle aiguë (McKenna et al., 2019).

Dans le monde, 149 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition chronique et 49 millions d'enfants souffraient de malnutrition aiguë en 2018 (UNICEF et al., 2019). En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, la prévalence des enfants souffrant d'un retard de croissance et d'émaciation était respectivement de 33,1 % et de 9 %. En République centrafricaine (RCA), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) menées de 2018 à 2019 indiquent que 39,8 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance et 5,4 % d'émaciation. Par rapport à 2010 (où les prévalences du retard de croissance et de l'émaciation étaient estimées respectivement à 38% et 7%), il apparaît que la situation relative au retard de croissance s'est aggravée, alors que la prévalence de l'émaciation s'est améliorée. Mais il n'en demeure pas moins que des efforts doivent être faits pour réduire ces taux car le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, estimé à 103 décès pour 1 000 naissances vivantes (MICS 2018-2019), est élevé et très loin de la cible du troisième objectif de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 (réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans à un taux ne dépassant pas 25 pour 1 000 naissances vivantes).

Le gouvernement s'est efforcé d'améliorer la santé des enfants dans le pays. À cette fin, un plan national de développement sanitaire (PNDS) a été adopté en 2015 pour réduire les problèmes de santé des groupes vulnérables d'ici à 2025. Concrètement, ce plan vise à (i) assurer la sécurité alimentaire des groupes vulnérables, notamment des enfants, (ii) réhabiliter et développer les infrastructures sanitaires, (iii) augmenter

la disponibilité et la qualité des soins de santé de première nécessité, notamment alimentaires, (iv) réduire la mortalité infantile et maternelle, (v) stopper la propagation des maladies endémiques, (vi) renforcer le système de santé, (vii) promouvoir un environnement favorable à la santé, y compris le développement durable, la préparation et la réponse aux situations d'urgence, etc. Sur le plan international, le pays s'est fermement engagé à prendre des mesures pour atteindre les ODD à la suite d'une analyse récente de certains indicateurs de santé suggérant que la RCA est loin d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre des ODD.

De nombreux facteurs (facteurs démographiques et économiques, consommation alimentaire insuffisante, infections et maladies, manque de services de santé et facteurs socio-environnementaux) peuvent être associés au mauvais état nutritionnel des nourrissons et des enfants. Parmi les facteurs environnementaux, les conflits armés, en particulier, sont un facteur important de malnutrition aiguë (Brück & d'Errico, 2019 ; Corley, 2021). Pour 60 % des personnes en situation d'insécurité alimentaire aiguë, les conflits armés sont un facteur précipitant important (Réseau d'information sur la sécurité alimentaire, 2018). Il est pertinent de se focaliser sur les conflits armés en RCA dans la mesure où ces conflits sont très fréquents et très souvent associés aux multiples coups d'État que le pays enregistre depuis plusieurs décennies. Cependant, même si la guerre mine la majorité du territoire et la capitale en particulier, il faut noter que certaines zones sont très souvent sûres. Ainsi, on peut supposer qu'une position relativement éloignée des zones de conflits implique une très bonne santé des enfants par rapport à des zones plus proches. Cette hypothèse nous amène donc à rechercher avec une certaine acuité l'effet que les conflits armés pourraient avoir sur la santé des enfants.

Historique des conflits armés en RCA entre 2003 et 2014

La RCA a été le théâtre de plusieurs crises militaro-politiques qui ont considérablement pesé sur l'environnement économique et social. Ces crises ont généré des conflits armés qui se sont déroulés sur plusieurs périodes et de différentes manières. L'objectif de cette section est de présenter l'historique des conflits armés en RCA entre 2003 et 2014, y compris la dynamique des indicateurs de santé nutritionnelle infantile, avec un accent particulier sur le conflit de 2003-2008 et la guerre civile intercommunautaire de 2012-2014.

Conflits armés entre 2003 et 2008

Le 15 mars 2003, une opération militaire a porté au pouvoir le général Bozizé, qui a formé un nouveau gouvernement de transition. Cependant, la capitale Bangui, grâce au renforcement des troupes tchadiennes au sein de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale, le sud et l'est du pays ont été relativement épargnés par les exactions des hommes armés. En revanche, le nord-ouest du pays est resté

longtemps aux mains de bandes armées, sans une présence substantielle de troupes régulières capables d'assurer l'ordre public pour l'ensemble de la population. Les populations des préfectures de l'Ouham et de l'Ouham Pende, déjà les plus touchées lors des combats survenus entre novembre 2002 et mars 2003, seront encore victimes de cette insécurité au début de cette période de transition (Beninga et al., 2017). A cette époque, 37,9% (29,8% dans l'Ouham, 40,4% dans l'Ouham Pendé, 36,5% à Bangui et 49,2% dans la Lobaye, la préfecture au niveau le plus élevé) et 8,6% (9% dans l'Ouham, 9,2% dans l'Ouham Péndé, 8,7% à Bangui et 13,3% à Basse Kotto, la préfecture au niveau le plus élevé) des enfants de moins de cinq ans souffraient respectivement de retard de croissance et d'émaciation, selon les MICS réalisées en 2000.

Les rébellions centrafricaines de 2004 à 2007 et l'accord de paix global de 2008

Cette période a été marquée par la création de plusieurs groupes armés dont le Mouvement des Libérateurs Centrafricains pour la Justice (MCLJ), le Front Démocratique du Peuple Centrafricain (FDPC), l'Armée Populaire pour la Restauration de la Démocratie (PARD) et l'Union des Forces Démocratiques pour le Rassemblement (UDFR), qui opéraient dans le but avoué de s'emparer du pouvoir par la force. Le résultat de cette combinaison de faits est qu'entre 2005 et 2007, plusieurs villes du nord de la RCA, telles que Birao, Sam-Ouandja, Ouanda-Djalle, Ouadda et Ndele, sont tombées entre les mains des rebelles. Pour contenir ces groupes rebelles, le gouvernement a entamé des négociations avec eux (Conseil de sécurité des Nations unies, 2010). Les estimations des MICS réalisées en 2006 montrent que 37,5% (25,4% à Bangui et 48,8% dans l'Ouham, la préfecture ayant le niveau le plus élevé) et 28,3% des enfants (26,2% à Bangui et 37,1% dans la Mambéré-Kadéi) étaient touchés par le retard de croissance et l'émaciation, respectivement.

Le 21 juin 2008, compte tenu de l'accord de paix de Birao du 13 avril 2007 et de l'accord de cessez-le-feu de Libreville du 9 mai 2008, un accord global de paix a été signé entre le gouvernement et les mouvements politico-militaires centrafricains (composés du PARD, du DFCP et de l'UFDR) pour mettre fin aux conflits qui durent depuis 2003, organiser le dialogue politique inclusif et prévoir les élections locales en 2009, ainsi que les élections législatives et présidentielles en 2010 (MINUSCA, 2015). Par rapport aux MICS 2006, les statistiques des MICS 2010 montrent que la prévalence du retard de croissance a augmenté pour atteindre 40,5% (26,4% à Bangui) tandis que la prévalence de l'émaciation a diminué pour atteindre 23,5% (21,5% à Bangui). Intensité spatiale et temporelle des conflits armés 2012-2014.

La coalition rebelle de la Séléka, formée par des membres de la Convention des patriotes pour en sauver les Kodro (CPSK), de la Convention des patriotes pour la justice et la paix (CPJP), de l'UDFR, et du DFCP dirigé par Michel Am Nondokro Djotodia, a repris l'offensive armée le 10 décembre 2012 pour conquérir le pouvoir central de

Bangui. Après avoir pris cinq villes depuis le début de l'offensive le 18 décembre, la coalition s'empare de la ville minière de Bria, tuant 15 soldats gouvernementaux. Elle prend également la ville de Kabo. Le président centrafricain demande à son homologue tchadien une aide militaire. Le Tchad accepte d'envoyer des troupes, environ 150 hommes et une vingtaine de véhicules, en précisant qu'elles seront cantonnées à un rôle d'intervention. Le 20 décembre, les rebelles chassent les forces gouvernementales de la ville de Batangafo, mais ces dernières parviennent à reprendre Kabo, prise deux jours plus tôt par les rebelles (International Peace Information Service, 2018).

Le 23 décembre, la coalition s'empare de Bambari, la troisième ville du pays. Le 25, elle prend le contrôle de la ville de Kaga-Bandoro tandis que le président Bozizé reçoit ses conseillers militaires dans la capitale, Bangui. Dans la nuit du vendredi 28 au samedi 29 décembre, le ministère français de la Défense annonce le déploiement de 150 soldats français sur une base à Libreville, appartenant à une compagnie d'infanterie parachutiste, la France disposant déjà de 250 soldats sur la base de M'Poko, située près de l'aéroport de Bangui, dans le cadre de la mission Boali. Le même jour, les forces de la Seleka ont progressé un peu plus, prenant cette fois la ville de Sibut, située à environ cent soixante kilomètres de Bangui. Les armées centrafricaines, soutenues militairement par le Tchad, ont envoyé des troupes à Damara, dernière "ville verrou" pour sauver Bangui. Le vendredi 11 janvier 2013, le gouvernement a officiellement annoncé la signature d'un accord conclu à Libreville entre les forces gouvernementales et les rebelles. Cet accord prévoit que le président en exercice, François Bozizé, restera à la tête du pays pour la transition jusqu'en 2016, date des prochaines élections présidentielles (Beninga et al., 2017).

Reprise des combats et occupation de Bangui par la Seleka

Le 17 mars à Sibut, à une centaine de kilomètres de Bangui, les rebelles de la Seleka ont rompu les négociations avec le gouvernement centrafricain auquel ils ont lancé un ultimatum. Ils réclament la libération de leurs prisonniers, la validation des grades des officiers rebelles, l'intégration de 2.000 de leurs combattants dans l'armée nationale et le départ des soldats sud-africains. La Seleka affirme que si ces demandes ne sont pas remplies dans les trois jours, elle reprendra son offensive.

Le 22 mars, les forces rebelles quittent Sibut et s'emparent de Damara. La Seleka se trouve alors à 55 kilomètres de Bangui. Le 23 mars, les combats se poursuivent sur l'axe routier Bangui-Damara-Sibut, au PK 55, à 55 kilomètres de la capitale. Plus à l'ouest, une deuxième colonne rebelle s'empare de Bossembélé et de Boali. Les forces sud-africaines sont prises à revers par la seconde colonne et subissent des pertes. Dans la soirée du 23 mars, la Seleka prend position à 12 kilomètres de Bangui. Durant la nuit,

les rebelles coupent l'électricité dans la ville. Le dimanche 24 mars 2013, les rebelles de la Seleka annoncent la prise du palais présidentiel. Le même jour, le président Bozizé s'enfuit au Cameroun (International Peace Information Service, 2018).

Ainsi, le 10 janvier 2014, le président de la transition centrafricaine, Michel Djotodia, et son Premier ministre, Nicolas Tiangaye, annoncent leur démission lors d'un sommet extraordinaire de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC). Le 20 janvier, le Conseil national de transition élit Catherine Samba-Panza à la tête de l'État de transition de la République centrafricaine. En janvier, les Forces spéciales pour la révolution de la justice (SF-JR), dirigées par le commandant Sayo, attaquent la Seleka dans le nord-ouest du pays. Le mouvement publie plusieurs communiqués dans lesquels il affirme avoir remporté plusieurs combats contre la Seleka. Selon eux, le 17 janvier, ils ont battu les Seleka entre Boguila et Goré. Le 19, un nouvel affrontement a lieu à Sido, entre Markounda et Bossangoa. Le 22, les SF-JR déclarent avoir tué 22 combattants Seleka à Boguila après avoir combattu pendant deux jours sans perte dans leurs rangs, d'où ils s'emparent ensuite de Bodjomo (Marchal, 2015).

Selon le rapport d'Amnesty International publié le 12 février 2014, les massacres commis par les anti-balaka contre les musulmans ont tué une trentaine de personnes à Boyali le 8 janvier, cinq à Boali le 17 janvier, au moins 43 à Bossemptélé du 16 au 18 janvier, plus de 100 à Bossembélé le 18 janvier. De leur côté, les Sélékas ont massacré 24 chrétiens à Bata le 31 décembre 2013, puis plus de 100 autres à Baoro le 22 janvier 2014. En février, les anti-balaka ont assassiné 72 hommes à Guen, non loin dans un autre village, la Seleka a tué 19 personnes. Le 10 avril, des affrontements à Dekoa entre Seleka et anti-balaka ont fait au moins 37 morts. Du 13 au 16 avril, des combats à Grimari entre Seleka et Anti-balaka ont fait plusieurs morts (Marchal, 2015).

Le 26 avril, la Seleka attaque Boguila après avoir assassiné plusieurs personnes en chemin. Les rebelles tuent 16 personnes dans l'hôpital, dont trois employés de Médecins sans frontières. Le 1er mai, Markounda est attaquée par des rebelles peuls qui tuent 20 à 30 personnes, 15 000 habitants fuient alors et se réfugient à Komba, au Tchad. Au début du mois, de nouvelles violences à Paoua ont fait au moins 55 morts. Entre le 1er et le 5 mai, des affrontements ont également eu lieu à Mala entre Seleka et Anti-Balaka, faisant au moins 30 morts et une dizaine de blessés. Suite à ces violences, les forces françaises de l'opération Sangaris lancent une mission de reconnaissance entre Bossangoa et Paoua. Mais le 5 mai, à Boguila, les Français sont attaqués par un groupe d'une quarantaine d'hommes armés qui pourraient faire partie de la Seleka de Bémal. L'attaque a été repoussée après trois heures de combat et 10 à 15 assaillants ont été tués. Les Français ne déplorent pas les morts et les blessés. Le 6 mai, des combats entre Seleka et Anti-Balaka ont fait 13 morts à Kaga Bandoro, dont deux civils. Le 10 mai, les insurgés Seleka et Peuls attaquent le village de Dissikou, près de Kaga Bandoro, et tuent plusieurs habitants, 13 personnes sont brûlées vivantes dans une maison (Carayannis & Lombard, 2015).

Le 11 mai, à Gallo, village situé à la frontière camerounaise, entre Bouar et Garoua-Boulaï, les Anti-Balaka sont tombés dans une embuscade tendue par les Seleka et les insurgés peuls. L'affrontement a fait au moins quatre morts du côté des Anti-Balaka et six du côté de la Seleka et des Peuls. Le 5 juin, des combats ont eu lieu à Boyo, selon un officier de la Seleka, un homme de son mouvement a été tué, ainsi que 18 anti-balaka. Les 9 et 10 juin, des combats entre Seleka et anti-balaka font au moins 22 morts dans le village de Liwa, près de la ville de Bambari, où après l'affrontement, les Seleka exécutent publiquement deux prisonniers. Le 19 juin, à Sabanga, des hommes de la Seleka ont massacré cinq personnes d'une même famille, dont deux enfants. Le 30 juin, dans le village de Kono, dans la région de Nzako, au sud-est de la République centrafricaine, l'armée ougandaise a attaqué des soldats de la Seleka, les prenant pour des hommes de l'Armée de résistance du Seigneur. Le combat a fait au moins 15 morts parmi les Seleka et plusieurs morts du côté des Ougandais. Vers la fin du mois de juin, des combats entre Seleka et anti-balaka dans le centre de la ville de Bambari ont fait une centaine de morts. Deux semaines plus tard, le 7 juillet, la Seleka a attaqué la cathédrale catholique Saint-Joseph, 26 personnes, dont 11 femmes, ont été tuées et 35 autres ont été blessées selon la Croix-Rouge (MINUSCA, 2015).

Cessation des hostilités et accords de paix

Le 23 juillet 2014, un accord de cessation des hostilités est signé à Brazzaville après trois jours de négociations. Le texte est signé par Mohamed Moussa Dhaffane pour la Seleka, par Patrice-Édouard Ngaissona pour les Anti-Balaka et par quarante autres délégués, dont Denis Sassou-Nguesso, président de la République du Congo, l'archevêque de Bangui Dieudonné Nzapalainga, et l'imam Layama Kobine, président de la communauté islamique de la République centrafricaine (African Union, 2014). Selon les MICS 2018-2019, on constate que le pourcentage d'enfants en retard de croissance, estimé à 39,8% (21% à Bangui) n'a pratiquement pas évolué, tandis que le pourcentage d'enfants émaciés a considérablement baissé pour n'atteindre que 5,4% (5,9% à Bangui).

Plus de 25% de la population mondiale vit dans des pays victimes de conflits (Avis, 2019). En Afrique subsaharienne, les conflits armés ont touché près de 60 % des pays pendant plus de 30 ans (Palik et al., 2020). La baisse des indicateurs de développement humain en Afrique subsaharienne est l'une des répercussions des multiples conflits armés qui ont touché la région, avec une valeur moyenne de l'indice de développement humain (IDH) de 0,423 en 2018. La plupart des pays à faible IDH et à fort taux de mortalité infantile sont sortis d'une longue période de conflits armés à l'exemple de l'Angola qui a enregistré un IDH moyen de 0,581 en 2018 et un taux de mortalité infantile de 180‰, du Burundi dont l'IDH en 2014 était de 0. 417 avec un taux de mortalité infantile de 142‰, la République démocratique du Congo qui a enregistré un IDH de 0,457 et un taux de mortalité infantile de 170‰, et la RCA qui a enregistré sur la même période un IDH de 0,35, occupant ainsi l'avant-dernière place du classement des 188 pays (PNUD, 2019).

Spécifiquement en Afrique centrale, la République centrafricaine (RCA) a eu une histoire marquée par de nombreuses crises sociopolitiques et militaires caractérisées par de multiples coups d'État depuis son indépendance. Sur les dix présidents qui ont dirigé le pays entre 1958 et 2016, cinq sont arrivés au pouvoir par un coup d'État accompagné d'émeutes et de la formation de groupes rebelles. Au cours des seize dernières années, des crises militaires et politiques récurrentes ont conduit à des conflits armés perpétuels. Cela a accentué la fragilité du pays et le niveau de vulnérabilité de groupes tels que les agriculteurs, les femmes et les enfants dont l'accès aux infrastructures de base a été fortement réduit, ce qui a conduit à la déclinaison du niveau des indicateurs socio-économiques et de santé du pays, qui restent parmi les plus bas du monde (OCHA, 2022).

En général, les populations touchées par un conflit armé subissent de graves répercussions sur la santé publique en raison des déplacements de population, de la pénurie alimentaire et de l'effondrement des services de santé de base qui, ensemble, donnent souvent lieu à des situations d'urgence humanitaire complexes (Toole & Waldman, 1997 ; Vass, 2001). Les conflits ont des effets directs et indirects sur la santé des populations et sur le système de santé dans son ensemble (Vass, 2001). Les conflits armés peuvent également entraîner des déplacements de population et une augmentation des maladies infectieuses (Mcdonnell et al., 2004). Du fait de leurs impacts, il est reconnu que les conflits armés sont un facteur important de malnutrition aiguë (Brück & d'Errico, 2019 ; Loewenberg, 2015). On estime que 124 millions de personnes sont exposées à une insécurité alimentaire de crise, qui contribue directement à la malnutrition aiguë, et, à l'heure actuelle, tous les pays exposés à un risque de crise d'insécurité alimentaire connaissent un conflit armé important (Réseau d'information sur la sécurité alimentaire, 2018). Si la malnutrition aiguë nuit à la santé des individus tout au long de leur vie, elle est particulièrement néfaste pour les jeunes enfants. Dans le monde, près de 51 millions d'enfants de moins de cinq ans sont touchés par la malnutrition aiguë, qui est l'un des principaux facteurs de mortalité dans cette tranche d'âge (UNICEF et OMS, 2018 ; Ahmed et al., 2013).

En RCA, 40 pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent déjà de malnutrition chronique (MICS 2018-2019), un taux supérieur au seuil d'urgence de 30 pour cent. En raison de l'impact combiné de la violence, de l'insécurité, des déplacements de population, de l'accès limité à l'alimentation, à la santé, à l'eau et aux services d'assainissement, de la hausse des prix des denrées alimentaires, ainsi que des répercussions socio-économiques de la pandémie de COVID-19, 27 localités réparties dans 14 districts sanitaires du pays affichent actuellement des niveaux alarmants de malnutrition sévère chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2021). En moyenne, plus de deux pour cent des enfants de ces zones sont à risque de malnutrition sévère, et ces pourcentages dépassent les trois pour cent dans les populations déplacées autour de Bouar, près de la frontière avec le Cameroun.

Ainsi, de ce qui précède, il ressort que la santé nutritionnelle des enfants est un sujet de préoccupation en RCA. Résolument, la persistance des conflits armés pourrait être l'une des principales causes attribuées à cette préoccupation. Au regard de la fréquence et du caractère destructeur des conflits armés, des études antérieures (Akresh et al., 2012 ; Arcand & Wouabe, 2009 ; Kreif et al., 2022 ; Minoiu & Shemyakina, 2014 ; Ricci et al., 2018 ; Shemyakina, 2011 ; Singhal, 2019) ont déployé des efforts pour analyser les effets des conflits sur le capital humain, notamment sur la santé, même si la plupart de ces travaux négligent l'idée que l'effet des conflits sur la santé d'un enfant pourrait dépendre de la durée de son exposition à la guerre. Mais dans le contexte de la RCA, aucune étude similaire n'a été réalisée dans ce pays auparavant. A la connaissance de l'auteur, la majorité des travaux se sont plutôt concentrés sur les liens avec le statut socio-économique du ménage (Iwanaga et al., 2009 ; Ricci et al., 2018 ; Vonaesch et al., 2021).

Les statistiques sur la santé des enfants tirées des rapports MICS montrent qu'entre 2006 et 2010, et 2010 et 2018, les indicateurs de santé des enfants, en particulier leur santé nutritionnelle, se sont détériorés, soulignant que les conflits armés de 2003-2008 et 2012-2014 sont la cause potentielle de cette situation. Ainsi, on s'attend à ce que les conflits armés aient un effet néfaste sur la santé des enfants en RCA. Par conséquent, il serait pertinent de répondre à la question suivante : "Quels sont les effets des conflits armés de 2003-2008 et de 2012-2014 sur la santé des enfants en RCA ? Quels sont les effets des conflits armés de 2003-2008 et 2012-2014 sur la santé des enfants en République centrafricaine ?

La recherche microéconomique s'intéresse de plus en plus à l'impact des conflits sur la santé des enfants dans les pays en développement (Akresh et al., 2012 ; Arcand & Wouabe, 2009 ; Kreif et al., 2022 ; Minoiu & Shemyakina, 2014 ; Singhal, 2019), en particulier en République centrafricaine pour trois raisons principales. Premièrement, le pays se remet encore d'une profonde crise politique qui explique sa faiblesse et, dans le même temps, celle de ses groupes vulnérables. L'accès aux soins de santé est compromis en raison de la destruction et du pillage des installations et infrastructures sanitaires. Ensuite, les défis en matière de santé infantile sont énormes tant au niveau national qu'international avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) adoptés en septembre 2015. Enfin, à partir de la littérature locale sur le sujet, il est clair que les études sur la relation entre les conflits armés et la santé des enfants sont inexistantes en RCA à la connaissance des auteurs.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact des conflits armés de 2003-2008 et 2012-2014 sur la santé des enfants en RCA. De manière spécifique, ce document vise à : Mesurer l'impact des conflits armés sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans nés pendant les conflits ; Mesurer l'impact de la durée totale d'exposition aux conflits sur l'état nutritionnel des enfants.

Source des données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de la cinquième et de la sixième édition de l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) menées respectivement en 2010 et en 2018 en République centrafricaine (RCA). Ces enquêtes ont été menées par l'Institut centrafricain de la statistique et des études économiques et sociales (ICASEES) avec l'appui financier et technique du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Programme alimentaire mondial (PAM), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale. Les ensembles de données sont une enquête transversale représentative au niveau national qui fournit des informations sur les conditions socio-économiques des ménages et des sujets démographiques tels que la fécondité, la mortalité infantile, l'utilisation des services de santé et l'état nutritionnel des mères et des jeunes enfants.

L'échantillon de la base de données MICS a été choisi pour fournir des estimations pour un grand nombre d'indicateurs sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, par milieu de résidence, et pour l'ensemble des 17 préfectures couvertes par l'enquête, et structurées en sept régions : région 1 (Ombella-Mpoko, Lobaye), région 2 (Mambéré-Kadéï, Sangha-Mbaéré, Nana-Mambéré), région 3 (Ouham, Ouham-Péndé), région 4 (Kémo, Nana-Grébizi, Ouaka) , région 5 (Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto, Vakaga), région 6 (Basse-Kotto, Mbomou, Haut-Mbomou) et région 7 (Bangui). Les zones urbaines et rurales de ces préfectures ont été identifiées comme les principales strates d'échantillonnage. Dans chaque strate, un certain nombre de zones de dénombrement (ZD) ont été sélectionnées systématiquement avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Une fois la liste des ménages établie dans les zones de dénombrement sélectionnées, un échantillon systématique de 28 grappes (ménages) a été choisi dans chaque zone de dénombrement.

Un échantillon représentatif de 10 474 et 9 037 enfants âgés de 0 à 59 mois a pu être constitué à la fin des MICS5 de 2010 et des MICS6 de 2018 respectivement, et les informations sur les enfants ont été obtenues auprès des femmes âgées de 15 à 49 ans. Cependant, l'étude ne prend pas en compte les enfants dont les informations sur les indicateurs anthropométriques n'ont pas été déclarées ou signalées (305 en 2010 et 116 en 2018). Enfin, les investigations empiriques porteront sur des échantillons de 10 169 et 8 921 enfants de moins de cinq ans respectivement en 2010 et 2018.

L'ensemble de données du Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED) sera également utilisé pour illustrer l'intensité spatiale et temporelle de ces conflits et, plus spécifiquement, pour identifier les préfectures touchées par le conflit, les dates exactes et les lieux des incidents violents survenus pendant le conflit, y compris les émeutes, les protestations, les batailles armées et les violences contre les civils.
Conclusion et implications politiques

Dans cette étude, nous avons examiné l'impact des conflits armés de 2003-2008 et 2012-2014 en République centrafricaine sur le poids pour l'âge et la taille pour l'âge des enfants par le biais des scores Z en utilisant les données de la cinquième et de la sixième édition de l'Enquête à grappes à indicateurs multiples menée respectivement en 2010 et 2018. Notre stratégie d'identification repose sur l'exploitation des variations temporelles et spatiales entre les cohortes de naissance et de préfectures pour mesurer l'exposition des enfants à ces conflits. Nos résultats montrent que les scores Z de la taille pour l'âge et du poids pour l'âge sont respectivement inférieurs de 0,518 et 0,242 écart-type pour les enfants résidant dans les régions en conflit qui sont nés pendant la guerre. En outre, nous avons constaté qu'un mois supplémentaire d'exposition réduisait significativement les z-scores de taille pour l'âge et de poids pour l'âge de 0,00561 et 0,00215 écart-type respectivement en moyenne. Nous avons également effectué une analyse de robustesse en tenant compte des migrations et du sous-échantillon des ménages pauvres par rapport aux ménages non pauvres, et nos résultats sont robustes en tenant compte du nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays, et l'impact des conflits est d'une ampleur similaire pour les ménages pauvres ou non pauvres.

Cette étude contribue à une littérature croissante qui estime l'impact des guerres sur le bien-être. Il s'agit de la première étude réalisée en République centrafricaine, un pays touché depuis plusieurs années par des vagues successives de coups d'État et de conflits entre groupes armés. Elle propose également une approche innovante pour traiter les migrations dans ses analyses de robustesse. Ses conclusions contribuent à améliorer notre compréhension de questions plus larges, à savoir les effets à long terme des guerres sur la croissance et le développement. L'étude de l'impact sur le WHZ et le HAZ en RCA est importante d'un point de vue politique, car les effets négatifs peuvent être inversés par des interventions opportunes visant à prévenir les retards de croissance et l'émaciation chez les enfants vivants pendant les conflits. Tout d'abord, il faut rappeler que durant les conflits en RCA, les zones affectées par le conflit sont parfois moins accessibles au gouvernement centrafricain qu'aux organisations et programmes humanitaires, ce qui justifie l'importance de prendre en compte ces derniers lors de la formulation de recommandations. Ainsi, nous suggérons deux politiques principales qui pourraient atténuer les effets néfastes des conflits armés.

Pendant le conflit, le gouvernement centrafricain, en collaboration avec la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation en République centrafricaine (MINUSCA), devrait mettre en place des corridors humanitaires permettant le déplacement des populations des zones affectées vers des sites sécurisés. L'exploitation de ces corridors humanitaires permettra, avec la participation des programmes et organisations internationales (Programme alimentaire mondial, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et

l'agriculture, UNICEF) et des sociétés civiles, de transporter et d'approvisionner les populations déplacées en produits de première nécessité et en denrées alimentaires, notamment les enfants qui sont les plus exposés au risque de malnutrition en période de conflit (FAO, 2016). L'implication du ministère de la santé avec les organisations médicales humanitaires internationales (Médecins sans frontières, Comité international de la Croix-Rouge) n'est pas à exclure dans la gestion des maladies qui dégradent l'état nutritionnel des enfants. En ce qui concerne les zones non ou peu touchées par les conflits, le gouvernement centrafricain devrait définir un plan de sécurisation en renforçant les forces de défense autour et à l'intérieur de ces zones afin que leurs habitants ne soient pas atteints par les conflits.

Après le conflit, les décideurs politiques devraient faciliter le retour des personnes déplacées afin de restaurer leur bien-être économique. Comme les pertes économiques semblent être le mécanisme le plus pertinent associé au déclin de la santé nutritionnelle des enfants en RCA, les interventions doivent promouvoir l'autonomisation agricole des personnes déplacées à l'intérieur du pays, initier des transferts d'argent et des programmes d'emploi visant à reconstruire les actifs des ménages en l'absence de revenus agricoles. En outre, la réhabilitation des services sociaux de base, en particulier des infrastructures de santé, peut contribuer à atténuer les effets négatifs des conflits sur la santé des enfants grâce à l'accès à des soins de santé adéquats en cas de maladie.

Cependant, cette étude présente un certain nombre de limites. Tout d'abord, il est très difficile de distinguer de manière absolue le groupe de traitement du groupe de contrôle. En effet, la cartographie des conflits armés en RCA suggère une forte extension géographique de ces conflits, en particulier le conflit armé de 2012-2014, de sorte que presque toutes les préfectures ont été directement ou indirectement touchées. Par conséquent, le groupe de comparaison peut être également concerné par la guerre, et donc ses cohortes d'enfants touchées par l'effet négatif sur la santé nutritionnelle à travers la perte de revenus des ménages, l'augmentation des prix des denrées alimentaires et la réduction de l'utilisation des services de soins de santé. Deuxièmement, les résultats obtenus sous-estiment le "véritable impact" des conflits car ils n'incluent pas les enfants décédés dans l'analyse. Troisièmement, la nature transversale des données utilisées limite la capacité à déterminer les effets causaux de l'exposition aux conflits sur la santé des enfants. La dernière limite de cette étude réside dans l'absence, dans la base de données MICS, d'informations sur la localisation des ménages (ou des enfants) pendant les conflits, ce qui aurait pu nous permettre d'appréhender plus efficacement les migrations.

Références

African Union. (2014). *The African Union welcomes the signing of an agreement on the cessation of hostilities in the Central African Republic*. https://reliefweb.int/report/central-african-republic/african-union-welcomes-signing-agreement-cessation-hostilities

Akbulut-Yuksel, M. (2017). *War During Childhood: The Long Run Effects of Warfare on Health* (Discussion Paper No. 10807). https://ssrn.com/abstract=2979954 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2979954

Akresh, R., Bhalotra, S., Leone, M., & Osili, U. O. (2011). War and Stature: Growing Up During the Nigerian Civil War. *American Economic Review*, 102(3), 273–277. https://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp6194.html

Akresh, R., Lucchetti, L., & Thirumurthy, H. (2012). Wars and child health: Evidence from the Eritrean-Ethiopian conflict. *Journal of Development Economics, 99*(2), 330–340. https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2012.04.001

Akresh, R., & Verwimp, P. (2011). Civil War, Crop Failure, and the Health Status of Young Children. *Economic Development and Cultural Change, 59*(4), 777–810.

Amare, Z. Y., Ahmed, M. E., & Mehari, A. B. (2019). Determinants of nutritional status among children under age 5 in Ethiopia: Further analysis of the 2016 Ethiopia demographic and health survey. *Globalization and Health, 15*(1). https://doi.org/10.1186/s12992-019-0505-7

Arcand, J.-L., & Wouabe, E. D. (2009). *Households in a time of war: Instrumental variables evidence for Angola.* http://catalog.ihsn.org/citations/57477

Belli, P. C., & Appaix, O. (2003). *The Economic Benefits of Investing in Child Health* (HNP Discussion Paper Series). https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13789 License: CC BY 3.0 IGO."

Beninga, P., Essama Manga, D. G., & Mogba, Z. R. J. (2017). *Persistance de la Crise en République Centrafricaine: Comprendre pour agir.* www.aes-pua.com

Black, R. E., et. al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. In *The Lancet* (Vol. 371, Issue 9608). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0

Blankenship, J. L., Gwavuya, S., Palaniappan, U., Alfred, J., Frederick Debrum, |, & Erasmus, W. (2020). *High double burden of child stunting and maternal overweight in the Republic of the Marshall Islands Funding Information New Zealand Ministry of Foreign Affairs and Trade; Government of Canada.* https://doi.org/10.1111/mcn.12832

Brück, T., & d'Errico, M. (2019). Food security and violent conflict: Introduction to the special issue. *World Development*, 117, 167–171. https://doi.org/10.1016/J.WORLDDEV.2019.01.007

Carayannis, T., & Lombard, L. (2015). *Making sense of the Central African Republic* (U. of C. P. Zed Books, Ed.).

Corley, A. G. (2021). Linking armed conflict to malnutrition during pregnancy, breastfeeding, and childhood. Global Food Security, 29. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100531

de Onis, M., Dewey, K. G., Borghi, E., Onyango, A. W., Blössner, M., Daelmans, B., Piwoz, E., & Branca, F. (2013). The world health organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: Rationale and proposed actions. *Maternal and Child Nutrition, 9*(S2). https://doi.org/10.1111/mcn.12075

FAO. (2016). *Peace and Food Security: Investing in Resilience to Sustain Rural Livelihoods Amid Conflict.* https://www.fao.org/documents/card/fr/c/bf7e9cfe-8eaf-43d0-bdfb-d6de14c0a528/

Food Security Information Network. (2018). *Global Report on Food Crises 2018.*

Guha-Sapir, D., & van Panhuis, W. G. (2002). *Armed conflict and public health: A report on knowledge and knowledge gaps.* http://hdl.handle.net/2078.1/179723

International Peace Information Service. (2018). *République centrafricaine: cartographie du conflit*. https://ipisresearch.be/fr/publication/republique-centrafricaine-cartographie-du-conflit/

Iwanaga, Y., et. al. (2009). Factors associated with nutritional status in children aged 6-24 months in Central African Republic- An anthropometric study at health centers in Bangui. *Journal of International Health, 24*(4), 289–298. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-374128

Kaila, H., Nawo, L., & Son, H. H. (2021). *Unpacking the Links between Conflict and Child Welfare: Evidence from a Foreign Insurgency* (Households in Conflict Network Working Paper 353). https://hicn.org/working-paper/unpacking-the-links-between-conflict-and-child-welfare-evidence-from-a-foreign-insurgency/

Kamiya, Y., Nomura, et.al, (2018). Mothers' autonomy and childhood stunting: Evidence from semi-urban communities in Lao PDR. *BMC Women's Health, 18*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-018-0567-3

Kreif, N., Mirelman, A., Suhrcke, M., Buitrago, G., & Moreno-Serra, R. (2022). The impact of civil conflict on child health: Evidence from Colombia. *Economics & Human Biology, 44,* 101074. https://doi.org/10.1016/J.EHB.2021.101074

Le, K., & Nguyen, M. (2022). The impacts of armed conflict on child health: Evidence from 56 developing countries: *Journal of Peace Research*. https://doi.org/10.1177/00223433211066417

Loewenberg, S. (2015). Conflicts worsen global hunger crisis. *The Lancet,* 386(10005), 1719–1721. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00734-5

Marchal, R. (2015). Premières leçons d'une « drôle » de transition en République centrafricaine. *Politique Africaine*, 139(3), 123. https://doi.org/10.3917/POLAF.139.0123

Mcdonnell, S. M., Bolton, P., Sunderland, N., Bellows, B., White, M., & Noji, E. (2004). *Emerging Themes in Epidemiology The role of the applied epidemiologist in armed conflict*. https://doi.org/10.1186/1742-7622-1-4

McKenna, C. G., Bartels, S. A., Pablo, L. A., & Walker, M. (2019). Women's decision-making power and undernutrition in their children under age five in the Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 14(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226041

Minoiu, C., & Shemyakina, O. N. (2014). Armed conflict, household victimization, and child health in CÔte d'Ivoire. *Journal of Development Economics, 108,* 237–255. https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2014.03.003

OCHA. (2022). *CENTRAL AFRICAN REPUBLIC: Situation Report*. https://reports.unocha.org/en/country/car/

Palik, J., Rustad, S. A., & Methi, F. (2020). *Conflict Trends in Africa, 1989–2019.*

PNUD. (2019). *Rapport sur le développement humain 2019; Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXIe siècle.*

Rahman, M. S., Tamanna, H., Masud, M. S., & Rahman, M. L. (2016). Association of Low-Birth Weight with Malnutrition in Children under Five Years in Bangladesh: Do Mother's Education, Socio-Economic Status, and Birth Interval Matter? *PLoS ONE* , 11(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157814

Ricci, C., Carboo, J., Asare, H., Cornelius, |, Smuts, M., Dolman, R., & Lombard, M. (2018). *Nutritional status as a central determinant of child mortality in sub-Saharan Africa: A quantitative conceptual framework.* https://doi.org/10.1111/mcn.12722

Ruel, M. T., & Hoddinott, J. F. (2008). *Investing in early childhood nutrition*.

Shemyakina, O. (2011). The effect of armed conflict on accumulation of schooling: Results from Tajikistan. *Journal of Development Economics, 95*(2), 186–200. https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2010.05.002

Shroff, M., Griffiths, P., Adair, L., Suchindran, C., & Bentley, M. (2009). Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. *Maternal and Child Nutrition, 5*(1). https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00161.x

Singhal, S. (2019). Early life shocks and mental health: The long-term effect of war in Vietnam. *Journal of Development Economics, 141.* https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.06.002

Toole, M. J., & Waldman, R. J. (1997). The Public Health Aspects of Complex Emergencies and Refugee Situations *. *Annu. Rev. Public Health, 18*, 283–312. www.annualreviews.org

UN Security Council. (2010). *Rapport du Secrétaire général sur la situation en République centrafricaine et sur les activités du Bureau intégré des Nations Unies pour la consolidation de la paix dans ce pays - Central African Republic.* https://reliefweb.int/report/central-african-republic/rapport-du-secr%C3%A9taire-g%C3%A9n%C3%A9ral-sur-la-situation-en-r%C3%A9publique-6

UNICEF. (2021, March 12). *République centrafricaine : les taux de malnutrition infantile grimpent en flèche alors que la violence fait rage.* https://www.unicef.org/wca/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/r%C3%A9publique-centrafricaine-les-taux-de-malnutrition-infantile-grimpent-en

UNICEF, WHO, & World Bank Group. (2019). *Levels and trends in Child malnutrition. UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates Key findings of the 2019 edition.* https://www.unicef.org/reports/joint-child-malnutrition-estimates-levels-and-trends-child-malnutrition-2019

Vass, A. (2001). Peace through health. *BMJ (Clinical Research Ed.), 323*(7320), 1020. https://doi.org/10.1136/BMJ.323.7320.1020

Vonaesch, P., et. al (2021). Factors Associated with Stunted Growth in Children Under Five Years in Antananarivo, Madagascar and Bangui, Central African Republic. *Maternal and Child Health Journal, 25*(10), 1626–1637. https://doi.org/10.1007/S10995-021-03201-8

World Bank. (2019). *Breaking Down the Barriers to Regional Agricultural Trade in Central Africa.*

World Food Programme. (2014, January 28). *Securing Supply Routes Vital to Reach The Hungry In Central African Republic*. https://www.wfp.org/news/securing-supply-routes-vital-reach-hungry-central-african-republic-says-wfp

World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization: Vol. Basic Documents* (Forty-fifth edition).

Yaya, S., Odusina, E. K., Uthman, O. A., & Bishwajit, G. (2020). What does women's empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. *Global Health Research and Policy, 5*(1). https://doi.org/10.1186/s41256-019-0129-8

Mission

Renforcer les capacités des chercheurs locaux pour qu'ils soient en mesure de mener des recherches indépendantes et rigoureuses sur les problèmes auxquels est confrontée la gestion des économies d'Afrique subsaharienne. Cette mission repose sur deux prémisses fondamentales.

Le développement est plus susceptible de se produire quand il y a une gestion saine et soutenue de l'économie.

Une telle gestion est plus susceptible de se réaliser lorsqu'il existe une équipe active d'économistes experts basés sur place pour mener des recherches pertinentes pour les politiques.

Intégrer la rigueur et les données probantes dans l'élaboration des politiques économiques en Afrique

- Améliorer la qualité.
- Assurer la durabilité.
- Accroître l'influence.

www.aercafrica.org/fr

Pour en savoir plus :

www.facebook.com/aercafrica

www.instagram.com/aercafrica_official/

twitter.com/aercafrica

www.linkedin.com/school/aercafrica/

Contactez-nous :
Consortium pour la Recherche Économique en Afrique
African Economic Research Consortium
Consortium pour la Recherche Économique en Afrique
Middle East Bank Towers,
3rd Floor, Jakaya Kikwete Road
Nairobi 00200, Kenya
Tel: +254 (0) 20 273 4150
communications@aercafrica.org