



EVALUATION SEMI-QUANTITATIVE DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA COUVERTURE

(SQUEAC)

**District Sanitaire de Moussoro
Région du Bahr El Gazal – TCHAD
Novembre 2011**

Cofinancée par :



REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette investigation : les autorités locales et administratives, la Délégation Sanitaire Régionale du Bahr el Gazal, le Médecin Chef du District de Moussoro, le personnel des Centres de Santé, les bénéficiaires interviewés, les communautés des villages enquêtés et les enfants de 6 à 59 mois pour leur disponibilité, leur collaboration et leur hospitalité.

Un Nous tenons également à remercier l'équipe ACF de Moussoro pour sa participation constructive ainsi que les enquêteurs pour la qualité de leur travail :

- Mahamat Taher Souleyman
- Ousman Adoum
- Adoum Mahamat Adoum
- Djimadounodji Barnabé
- Abakar Abdoulaye Mahamat
- Abdoulaye Brahim
- Abderamane Mahamat Nour
- M'bodou Ali Seitchi.

Enfin, nos remerciements à Saul GUERRERO pour sa disponibilité tout au long de l'évaluation.

ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

ACF-F	Action contre la Faim – France
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BeG	Bahr El Gazal
IC	Intervalle de Crédibilité
CN	Centre Nutritionnel
CNA	Centre Nutritionnel Ambulatoire
CNT	Centre Nutritionnel Thérapeutique
CNS	Centre Nutritionnel de Supplémentation
CS	Centre de Santé
DDS	Durée De Séjour
DS	District Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PEC	Prise En Charge
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MCD	Médecin Chef de District
Mob Com	Mobilisation Communautaire
Nut	Nutritionnel
RC	Relais Communautaire
RCS	Responsable de Centre de Santé
RV	Référent Village
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
ZR	Zone de Responsabilité

RESUME

ACF a mis en œuvre depuis mars 2010 un programme d'appui aux structures sanitaires du district sanitaire de Moussoro dans la région du Bahr el Gazal (BeG), pour l'amélioration de la prévention, de la détection et de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Aujourd'hui ACF fournit un appui technique au CNT de Moussoro ainsi qu'à 16 CS du district sanitaire. Le programme comporte également un volet de prévention visant l'amélioration des pratiques de soins au sein des communautés, ainsi qu'un volet de détection et de référencement des cas de malnutrition s'appuyant sur un réseau de 135 relais communautaires et 483 référents villages.

Une année environ après le démarrage du programme, une évaluation en vue d'apprécier la couverture et d'améliorer les performances en terme d'accessibilité au programme s'avérait nécessaire. Cette évaluation a donc été conduite du 19 octobre au 21 novembre 2011 au moyen de la méthodologie SQUEAC.

L'outil d'Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC en anglais) permet d'assurer un monitoring régulier du programme et d'identifier les barrières à l'accès au programme. Il comporte trois étapes principales :

1. Le développement de la probabilité à priori (appréciation de la couverture) en fonction de l'analyse des données de routine et des informations qualitatives collectées sur le terrain
2. La construction de l'évidence vraisemblable qui consiste à la réalisation d'enquêtes sur l'ensemble de la zone cible (département du Bahr El Gazal sud dans le cas présent)
3. La production de la probabilité à posteriori qui correspond à l'estimation de la couverture globale, est issue de la synthèse des informations produites par les deux premières étapes.

Cette investigation a mis en évidence des insuffisances au niveau de la qualité de la prise en charge : qualité du staff composé essentiellement de bénévoles, faible capacité d'accompagnement des CNA par la DSR, information donnée aux mères sur la nature et le rôle des rations de protection insuffisante voire absente.

L'efficacité de l'influence des MAS guéris, notamment au CNT, et la disponibilité des intrants (limitation des ruptures de stocks d'ATPE, du traitement systématique, etc...) constituent des aspects primordiaux de la prise en charge identifiés comme positifs.

Le réseau de la mobilisation communautaire en impliquant certaines personnes clés de la communauté, en motivant certaines ressources impliquées et en assurant la présence de RV dans tous les villages, joue un rôle positif et important au sein des communautés. Ce réseau présente également des faiblesses qui affectent sa performance : la disponibilité des RV et leur motivation très inégale induisent une irrégularité dans le dépistage, les erreurs de référencement sont nombreuses (un enfant sur deux) et participent à une frustration des mères rejetées et à une mauvaise perception des centres de santé.

Une perception mitigée du programme et du centre de santé qui l'abrite en lien avec le taux relativement élevés des cas de rejets, l'absence et/ou l'inexistence de communication claire aux mères sur les raisons des rejets, l'organisation des jours de CNA a également été révélée par cette investigation. Hormis la distance, l'ignorance des signes de la malnutrition et la méconnaissance de l'existence du programme ont également été identifiés comme principales barrières à l'accès.

L'investigation SQUEAC menée en période de soudure a révélé une couverture globale actuelle de 34,1% (IC 95% : 22,1–48,6) et un ensemble de barrières à l'accessibilité. Cette valeur reste en dessous des standards sphères de 50% recommandés par les standards sphères pour le milieu rural et pourrait être améliorée en mettant en œuvre des stratégies à partir des recommandations suivantes :

- Continuer à améliorer la qualité de la prise en charge au niveau des CNA : accueil, respect des critères de décharge, organisation des circuits bénéficiaires dans les centres accueillants un grand nombre de bénéficiaires.
- Impliquer le personnel des centres de santé pour une meilleure appropriation du réseau de mobilisation communautaire et une intégration aux systèmes de soins,
- Promouvoir, en s'appuyant sur l'équipe pratique de soins et mobilisation communautaire, les séances de sensibilisation au niveau des CS et au sein des communautés sur diverses thématiques relatives à la malnutrition, la santé maternelle et infantile,
- Informer de manière claire et permanente les bénéficiaires sur les objectifs, les critères d'admissions, les modalités des programmes nutritionnels, les raisons de leur rejet, le rôle des rations de protection et de l'ATPE.
- Promouvoir la sensibilisation des leaders communautaires sur les objectifs, les modalités et le fonctionnement des programmes nutritionnels

SOMMAIRE

1. Introduction	5
1.1. Contexte	5
1.2. Objectifs	6
1.3. Zone cible	6
2. Méthodologie	6
2.1. Première étape : développement de la probabilité à priori	6
2.2. Deuxième étape : Construction de l'évidence vraisemblable	8
2.3. Troisième étape : Production de la probabilité à posteriori	9
2.4. Organisation de l'investigation	9
2.5. Limitations	9
3. Résultats	10
3.1. Probabilité à priori	10
3.2. Evidence vraisemblable	12
3.3. Probabilité à posteriori	15
4. Formation du personnel ACF-F	16
5. Conclusion et recommandations	17
Annexe 1 : Formulaire pour la collecte des données de dépistage	20
Annexe 2 : Questionnaire pour les accompagnant(e)s des CAS NON COUVERTS	21
Annexe 3 : Rapport mind map sur la couverture du district sanitaire de Moussoro, BeG sud	22
1. Contexte Moussoro	22
2. Données de routine	23
3. Communautés / Bénéficiaires	31
4. Centre de Santé	33
5. Distribution spatiale	35
6. Personnel ACF	36
Annexe 4: Carte du District Sanitaire de Moussoro, BeG sud	38

1. Introduction

1.1. Contexte de l'évaluation

La République du Tchad est un pays enclavé de l'Afrique Centrale frontalier avec la Lybie, le Niger, le Nigeria, le Cameroun, la République Centrafricaine et le Soudan.

La région du Bahr el Gazal (BeG) est l'une des 22 régions que comptent le Tchad et l'une des 10 régions composant la bande sahélienne. Limitée au nord par la région du BET (Borkou-Ennedi-Tibesti), à l'est par la région du Batha, au sud par la région de Hajer-Lamis et à l'ouest par les régions du Lac et du Kanem, la région du BeG couvre une superficie de 69000 km², avec une population de 268952 habitants (dont 46% de nomades) répartis dans deux départements : le département du Bahr el gazal sud et le département du Bahr el Gazal Nord. Elle est caractérisée par un climat de type sahélo-sahélien, subaride avec une saison des pluies de 3 mois (mi-juillet à septembre) et une saison sèche de 9 mois (octobre à mi-juillet). Les principaux groupes ethniques peuplant le BeG sont les Goranes et les Kanembus. La principale activité socio-économique est l'élevage, pratiqué sous deux formes : élevage par transhumance, pratiqué par les éleveurs nomades, ou élevage combiné avec les activités agricoles, pratiqué par les agropasteurs¹.

La région tout comme cinq autres régions de l'ouest du Tchad a été victime d'une sécheresse en 2009 qui avait entraîné une crise alimentaire en 2010. Aujourd'hui, 63% de personnes se trouvent en situation d'insécurité alimentaire². L'insécurité alimentaire associée à des pratiques de soins materno-infantiles inappropriés, au manque de recours aux services de santé affecte la situation nutritionnelle, essentiellement celle des enfants de moins de cinq ans. Les enquêtes nutritionnelles effectuées par ACF et UNICEF dans la région du BeG révèlent une chronicité de la malnutrition aiguë avec des taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) au-delà des seuils critiques d'urgence de l'OMS. En août 2011, l'enquête réalisée par UNICEF a révélé un taux de MAG de 17,5% (IC 95% : 14,1-22,4) avec un taux de MAS de 3,1% (IC 95% : 1,8-5,3)³.

Depuis 2010, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et institutions des nations unies en appui à la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) ont accompagné la mise en place et l'extension progressive des structures sanitaires et de réhabilitation nutritionnelle. La région du BeG compte deux Districts Sanitaires (DS), mais un seul est actuellement fonctionnel, celui de Moussoro. A date, le DS de Moussoro dispose de 31 Centre de Santé (CS) dotés chacun d'un Centre Nutritionnel Ambulatoire (CNA) et d'un Centre Nutritionnel Supplémentaire (CNS). La région dispose d'un seul Centre Nutritionnel thérapeutique (CNT) localisé dans l'hôpital de Moussoro. Une clinique mobile avec des activités CNA avait été fonctionnelle de mai à juillet 2011 grâce à l'appui de l'OMS et a couvert trois zones de responsabilité localisées à l'extrême nord ouest du BeG sud. Le passage aux nouvelles normes OMS 2006 a été effectif dans tous les Centres Nutritionnelles (CN) en juillet 2011.

Par ailleurs, des opérations de prévention massive sont périodiquement organisées par UNICEF et le PAM. UNICEF procède depuis 2010 à des distributions de Plumpy Doz ciblant les enfants de 6 à 23 mois malnutris aigus modérés ou non malnutris pendant la période de soudure. Quant au PAM, il organise chaque année pendant la soudure des Blanket Feeding. Ces deux évènements amenant chacun un dépistage massif des cas de malnutrition dans leur phase de ciblage.

Action Contre le Faim – France (ACF-F) met en œuvre depuis mars 2010 un programme d'appui aux structures sanitaires du DS de Moussoro. Ce programme se compose de quatre volets : un volet mobilisation communautaire, un volet pratique de soins mère-enfant et un volet service mobile (CNA mobile et vaccination) en faveur des populations nomades, et un volet appui technique, renforcement et soutien aux structures de santé pour l'intégration de la prise en charge (PEC) de la MA. Dans le cadre de ce dernier volet CAF-F fournit un appui technique à 16 CNA et à 1 CNT. De plus, depuis novembre 2010, ACF-F a lancé un programme de sécurité alimentaire dans le BeG dont le but est de prévenir les crises par la diversification et la sécurisation des revenus⁴.

Après environ deux années d'appui aux structures sanitaires du DS de Moussoro, une évaluation de la couverture apparaît essentielle afin d'apprécier et d'améliorer les performances du programme en terme d'accessibilité et de mieux en appréhender le fonctionnement. Cette évaluation de la couverture, réalisée suivant la méthodologie SQUEAC, a été conduite du 19 octobre au 21 novembre 2011.

¹ Camara F. (2011). Enquête nutritionnelle en milieu pastoral, département du Bahr El Ghazal nord, Région du Bahr El Ghazal, Tchad avril-mai 2011, 59p

² OCHA (2011) Bulletin thématique trimestriel Tchad : Défis humanitaires à l'ouest-Juillet 2011. Website : <http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docId=1243317> . Consulté le 15 novembre 2011

³ UNICEF (2011). Rapport préliminaire enquête nutritionnelle et de mortalité dans 11 régions du Tchad : du 16 août au 15 septembre 2011, 17p

⁴ ACF (2011). ACF lance un programme de sécurité alimentaire au Kanem. Website : <http://www.actioncontrelafaim.org/presse/communiqués/communiqué/article/438/acf-lance-un-programme-de-sécurité-alimentaire-au-kanem/> . Consulté le 15 novembre 2011

1.2. Objectifs

L'objectif général est d'évaluer la couverture des centres de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans le district sanitaire de Moussoro, ainsi que les activités de détection et de référencement, et d'identifier les raisons de la non-fréquentation des centres par certains cas de malnutrition.

Spécifiquement il s'agit de :

- Fournir au personnel ACF une formation à la méthodologie SQUEAC
- Sensibiliser les membres de la Délégation Sanitaire Régionale à la méthodologie SUEAC
- Impliquer le personnel ACF dans la réalisation de l'évaluation SQUEAC
- Réaliser l'évaluation SQUEAC
- Formuler des recommandations en fonction des résultats de l'évaluation
- Restituer les résultats préliminaires au niveau régional et central.

1.3. Zone cible

La vaste étendue, la faible densité de population et la faible couverture sanitaire du département du BeG Nord, a conduit ACF à centrer l'évaluation SQUEAC sur le département du BeG Sud uniquement. A l'heure actuelle, le BeG Nord fait l'objet de stratégie d'intervention différente, les cliniques mobiles (ACF, Unicef, IRC), qui doit encore être mise à l'échelle.

Les données des deux CdS appuyés par ACF dans cette zone (Salal et Mondjoura) n'ont donc pas été considérée dans l'étude.

2. Méthodologie

L'outil d'évaluation SQUEAC est une approche méthodologique développée par Valid International, qui permet d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et d'estimer la couverture des programmes nutritionnels.

SQUEAC est une évaluation combinant deux types de données :

- données quantitatives : données de routine des programmes et données collectées au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones.
- données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés identifiées au niveau des communautés, des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

Cette méthode met l'accent sur la collecte et l'analyse intelligente de diverses données avant de procéder aux enquêtes. L'éclairage ainsi apportée sur le fonctionnement du service par la collecte de données qualitatives, permet de limiter la collecte des données quantitatives et facilite l'interprétation des résultats. Bien qu'elle ne dispose pas de structure rigide, l'investigation s'est déroulée suivant les trois grandes étapes principales exigées par la méthodologie SQUEAC :

2.1. Première étape : développement de la probabilité à priori

La probabilité à priori est une « croyance » en la couverture qui se construit à partir des données quantitatives et qualitatives. En effet, son développement est essentiellement basé sur l'analyse des données de routine du programme d'une part, et d'autre part sur les informations qualitatives recueillies à travers des entretiens individuels, des groupes de discussions avec diverses ressources impliquées directement ou indirectement dans le programme. L'analyse des données de routine, des données qualitatives et de la distribution spatiale, par l'éclairage qu'ils apportent sur le fonctionnement du programme, permettent d'élaborer des hypothèses sur la couverture. Ces hypothèses sont ensuite testées au moyen d'enquêtes sur petites zones et permettent d'apprécier la couverture.

➤ *Analyse des données de routine*

L'analyse des données de routine s'est focalisée sur :

- Les admissions au cours du temps : admissions globales par CNA appuyé par ACF, évolution des admissions comparées avec les calendriers agricole, des événements clés, des épidémies et maladies infantiles
- La cartographie des Centres de Santé (CS) appuyés par ACF et ceux non appuyés par ACF
- Les populations et les listes des villages par Zone de Responsabilité (ZR)
- Les villages d'origine des admissions et distances par rapport aux CS
- Les types de sortie par centre de santé
- Les données de la Mobilisation Communautaire (Mob Com) : dépistage et référencement, supervision des référents villages

➤ *Collecte des données qualitatives*

La collecte des données qualitatives a été induite par les incidents critiques et les résultats de l'analyse des données quantitatives. Elle a permis de mieux cerner les connaissances, opinions et expériences des personnes et structures concernées par la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) et d'identifier les potentiels facteurs limitant l'accessibilité. Des entretiens semi structurés, des groupes de discussions informels, des histoires de cas ont été menés avec :




- le personnel des programmes nutritionnels, mobilisation communautaire, pratique de soins et sécurité alimentaire et moyens d'existence d'ACF-F
- le Médecin Chef du District de Moussoro
- le point focal nutrition de la DSR
- le responsable du Programme Elargi de Vaccination de la DSR
- le Chef d'Antenne de la Surveillance Epidémiologique de la DSR
- les mères d'enfants au CNA et dans les villages
- les Relais Communautaires (RC) et Référents Villages (RV)
- les leaders des communautés (chefs villages, chefs religieux, marabouts, guérisseurs traditionnels)

La triangulation des méthodes et des sources nous a permis par la redondance qu'elle engendrait ; de valider les informations livrées dans le présent rapport.

Le tableau suivant présente les critères qui ont guidé dans le choix des communautés et centre visités.

Tableau 1: Critères de sélection des communautés et centres de santé visités pour la collecte de données qualitatives (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)

Communautés	Centres de santé
Présence de CNA	Présence de CNA supporté par ACF ou pas
Distance par rapport au CNA (Rayon < 5km autour du CS et rayon > 5km du CS)	Présence/absence de rations de protection, savons, moustiquaires
Réputation du CS positive / négative	Proportion élevée d'abandons et de non répondants
Existence / Inexistence de conflit	
Proportion élevée de référés non venus au CS	Proportion élevée de référés non venus au CS
Villages d'intervention de la PS	

La gestion et l'organisation des différents éléments de l'investigation ont été effectuées à l'aide du logiciel Xmind. Le rapport Mind Map généré par ce logiciel présente un développement sommaire des différents facteurs influençant la couverture. Un marqueur indiquant le sens (positif ou négatif) de l'influence sur la couverture a été associé à chaque facteur. Ainsi, un  indique un facteur positif pour la couverture, un  indique un facteur négatif. Un  indique qu'il n'a pas pu être établi avec certitude si le facteur avait une influence positive ou négative.

➤ Vérification des hypothèses

L'analyse des données quantitatives et qualitatives, des facteurs influençant la couverture et de la distribution spatiale a permis d'élaborer des hypothèses sur les zones de couverture faible et élevée.

La vérification de ces hypothèses a été réalisée à partir d'enquêtes sur petites zones. Des villages ont été choisis à dessein et enquêtés. L'objectif de ces enquêtes est de recenser tous les cas MAS présents dans le village enquêté. Les cas de MAS ont été recherchés à l'aide des techniques de dépistage actif et adaptatif. Dans le cadre de la présente investigation, **le cas MAS est défini par : « tout enfant âgé 6 à 59 mois présentant l'une des caractéristiques suivantes : PB < 115mm et taille ≥ 65cm ou présence d'œdèmes bilatéraux »**⁵.

Les données suivantes ont été collectées au cours de ces enquêtes : le nombre de cas MAS couverts (pris en charge par le programme), le nombre de cas MAS non couverts (non pris en charge par le programme), le nombre de cas en voie de guérison. Un enfant est catégorisé en « voie de guérison » lorsqu'il ne présente plus les critères de définition d'un cas MAS et est PEC dans un CNA. La fiche ayant servi à la collecte des données de dépistage se trouve en annexe 1. Un questionnaire (annexe 2) a été administré aux mères des cas MAS non couverts en vue de recenser les raisons de la non-fréquentation du programme. Tous les cas MAS non couverts ont été systématiquement référés vers le CNA le plus proche pour une prise en charge.

Les villages choisis pour la vérification des hypothèses n'étant pas représentatifs de l'ensemble de la zone d'intervention, il est difficile de généraliser les résultats issus des enquêtes dans ces villages et d'en conclure que la couverture est faible ou élevée. Pour pallier cette insuffisance, la méthodologie SQUEAC recommande une appréciation de la couverture par rapport au seuil de 50% requis par les standards sphères pour la couverture des programmes nutritionnels en milieu rural. Ainsi, les résultats des enquêtes sur petites zones ont été comparés au seuil de couverture de 50%.

La probabilité à priori est traduite numériquement à l'aide de la théorie Bayésienne des probabilités et exprimée sous forme de pourcentage. Le calcul de la probabilité à priori a été réalisé en attribuant aux facteurs positifs et négatifs, des points allant 1 à 5% en fonction de leur influence présumé sur la couverture. La somme des points est effectuée par groupes de facteurs. Le total des points des facteurs positifs a été additionné à la couverture minimale (0%) alors que le total des points des facteurs négatifs a été soustrait de la couverture maximale (100%). Le point médian entre ces deux totaux correspond au mode de la probabilité à priori dont la distribution a été traduite à sous forme de courbe à l'aide de la calculatrice de Bayes⁶.

2.2. Deuxième étape : Construction de l'évidence vraisemblable

Elle consiste en la réalisation d'enquêtes sur grandes zones. Les objectifs de ces enquêtes, les méthodes et techniques mises en œuvre pour la collecte des données sont identiques à ceux des enquêtes sur petites zones. Le nombre minimum de cas MAS en vue d'atteindre la précision souhaitée (15%)⁷ et le nombre de villages à enquêter ont été déterminés à l'aide de la formule suivante :

$$N = \frac{[(\text{mode} \times (1 - \text{mode}) / (\text{précision} / 1,96)^2)] - (\sigma_{\text{prior}} + \beta_{\text{prior}} - 2)}{\text{Population moyenne par village} \times (\text{population de 6-59mois} / 100) \times (\text{Prévalence MAS} / 100)}$$

Numérateur : nombre minimum de cas MAS

Mode, σ_{prior} et β_{prior} : sont les paramètres qui définissent la courbe de la probabilité à priori

Précision : précision requise pour l'estimation de la probabilité à postériori

Prévalence MAS : prévalence MAS estimée à partir du PB

Les villages enquêtés ont été échantillonnés à l'aide de la méthode des quadras dans le but d'assurer une représentativité spatiale.

⁵ Les nouvelles normes OMS 2006 ont été choisies au détriment des anciennes normes NCHS 1977 parce qu'elles ont été mises en application dans tous les CN du DS de Moussoro en juillet 2011.

⁶ SQUEAC Calculator software. Disponible sur <http://www.brixtonhealth.com/squeaclq.html>

⁷ En raison de la moindre prévalence des cas MAS au moment de l'enquête, un degré de précision de 15% a été choisi

Les données collectées ont permis de construire l'évidence vraisemblable correspondant à la couverture actuelle ou à la couverture de la période, calculées à partir des formules ci-dessous :

$$\text{Couverture actuelle} = \frac{\text{Nombre de cas MAS couverts}}{\text{Nombre total de cas MAS}} \times 100$$

$$\text{Couverture de la période} = \frac{\text{Nombre total de cas MAS} + \text{Nombre de cas en voie de guérison}}{\text{Nombre total de cas MAS} + \text{Nombre de cas MAS en voie de guérison} + \text{Nombre de cas MAS non couverts}} \times 100$$

La couverture actuelle représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui présentent des critères MAS. La couverture de la période quant à elle prend en compte tous les enfants sous traitement au moment de l'enquête, et cela dépendamment de leur état nutritionnel (enfants sévèrement malnutris et enfants en voie de guérison).

Les résultats de ces enquêtes sur grandes zones sont saisis en utilisant à nouveau la calculatrice de Bayes, et traduit sous forme de courbe sur le même graphique que la courbe de la probabilité à priori.

2.3. Troisième étape : Production de la probabilité à posteriori

Elle correspond à l'estimation de la couverture globale et est obtenue à partir de la synthèse de la probabilité à priori et de l'évidence vraisemblable, générée par la calculatrice de Bayes et assortie d'un Intervalle de Crédibilité (IC) à 95%.

2.4. Organisation de l'investigation

Un enquêteur traducteur ayant une bonne connaissance du Gorane, du Kanembou, de l'Arabe et du Français a été recruté afin d'aider le chargé SQUEAC dans la collecte de données qualitatives. En prélude aux différentes enquêtes, onze enquêteurs ont été recrutés et formés. Un test a été effectué pour retenir les huit premiers meilleurs enquêteurs pour la phase terrain. Ces enquêteurs avaient pour la plupart participé aux enquêtes nutritionnelles menées par ACF et différentes autres ONG et agences des UN sur place. Certains avaient travaillé dans l'équipe CNA mobile ACF, au CNT. La formation a duré une journée et a été effectuée par le chargé SQUEAC. Elle a porté sur les thèmes suivants : Aperçu de ACF-F et de ses domaines d'intervention dans le BeG, la malnutrition (causes, conséquences, types de malnutrition, indicateurs nutritionnels, critères d'admissions dans les programmes), la méthodologie SQUEAC (définition et importance de la couverture, les étapes de la SQUEAC, les types de données à collecter, les techniques de collecte des données, la définition du cas MAS, l'accès aux villages et les techniques de recherche des cas MAS, le référencement des enfants malnutris). Un exercice pratique a été réalisé dans le village Arachoui situé à 5km de Moussoro ville.

Trois équipes de trois enquêteurs (un chef d'équipe + 2 enquêteurs) ont été constituées pour la réalisation des enquêtes qui a duré du 09 au 21 novembre. Chaque équipe disposait d'une voiture. La supervision des équipes a été assurée chaque jour et tout au long des enquêtes par le chargé SQUEAC.

2.5. Limitations

La présente investigation SQUEAC s'est déroulée pendant la période post-récolte donc de relative amélioration de la situation nutritionnelle, la moindre prévalence des cas MAS observée apporte des limites dans l'analyse des résultats. En effet, pour environ un village sur quatre enquêtés, aucun cas MAS n'a été identifié.

Par ailleurs, le pâturage insuffisant dû à la faible pluviométrie enregistrée cette année a occasionné le départ précipité de nombreux ménages semi-sédentaires situés dans les extrêmes nord et est du département du BeG. Les enquêteurs ont donc visités dans les quadras concernés, des villages à faibles effectifs en population, notamment ceux des enfants cibles.

Enfin, la forte hétérogénéité des populations du BEG (semi-nomades, semi-sédentaires, sédentaires...) peuvent compliquer l'identification et l'interprétation des barrières à l'accès.

3. Résultats

3.1. Probabilité à priori

➤ *Analyse des données de routine et des données qualitatives*

Les données collectées au niveau des CNA depuis le début du programme en mars 2010 ont été utilisées. L'amélioration de la fiabilité des données de décharges survenue courant 2011 n'a permis leur analyse approfondie que sur la période avril-octobre 2011. La cartographie de la distribution spatiale des admissions en fonction des villages d'origine n'a pas été possible en raison de l'imprécision des données bénéficiaires disponibles (noms des villages mal orthographiés et non exhaustif, etc...).

L'analyse des données de routine et des données qualitatives est résumée dans le rapport Mind Map en annexe 3.

➤ *Identification des zones de faible et de forte couverture et des barrières à l'accessibilité*

Les facteurs influençant la couverture ont été récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Facteurs influençant la couverture et l'accessibilité (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)

	Facteurs positifs	Facteurs Négatifs
Admissions	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation avec le calendrier agricole et les événements clés - Gratuité du traitement - Utilisation du service par les populations nomades et semi-sédentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation avec la saisonnalité des maladies infantiles - Capture tardive des enfants (PB à l'admission) - Distance
Indicateurs de performance	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la fiabilité des données de décharges et identification des abandons 	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion élevée de non répondants et d'abandons
Réseau de la Mob Com	<ul style="list-style-type: none"> - Implication croissante des femmes dans la Mob Com - Amélioration des taux de référés venus au CS - Communication sur la radio FM de Moussoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Erreur de référencement → rejet - Implication limitée des RCS et des personnes clés au niveau des communautés - Absence de système de suivi des abandons/dépistés/ non répondants - Absence de l'implication des personnes chargées de la réalisation des pratiques traditionnelles
Communautés/ Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des signes du marasme - Connaissance de l'existence du programme - Bonne influence des cas MAS guéris 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance limitée des signes du kwashiorkor - Conflits d'intérêts dans les villages / refus de pratiques de soins modernes - Recours aux pratiques et soins traditionnels - Stigmatisation prononcée en milieu urbain
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel additionnel - Ruptures de stocks limitées - Rations de protection, Plumpy nut, savons, moustiquaires - Appréciation du volet PS 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information / d'explication aux bénéficiaires - Absence de dépistage systématique - Mauvaise perception des CS - Nombre limité de compétence locale qualifiée - Accompagnement des CNA par la DSR en général faible et en particulier des nouveaux CNA non ACF

Personnel ACF	- Fréquente supervision/formation de l'équipe Nut	- Absence d'interface d'échange entre les 3 volets du programme (support technique à la PEC de la MAS / Mob Com / PS)
Distribution spatiale	- Augmentation de la couverture en CNA par la délégation (CNA non supportés par ACF) - Uniformisation des jours de CNA et CNS par zone - Relative homogénéité des ZR	

Une analyse de ces facteurs et des données de routine du programme a permis d'élaborer les hypothèses suivantes :

- la couverture est élevée dans les zones bénéficiant de la présence d'un CNA et des activités de la mobilisation communautaire et du volet pratique de soins
- la couverture est faible dans les zones bénéficiant de la présence d'un CNA et où les activités de la mobilisation communautaire et du volet pratique de soins sont inexistantes.

➤ *Vérification des hypothèses*

Douze villages ont été enquêtés pour tester ces hypothèses :

- Six villages dans les zones présumées de forte couverture : Fourtoulou, Yafari, N'gali Dirba, Awadrana, Amkoua Déguéchi et Tororo Kouri.
- Six villages dans les zones présumées de faible couverture : Fourtouyeskou, Blassoula, Dineri, Cheik Brahim, Wahami et Dougoul Michéri.

En considérant les diverses informations collectées, des opinions et informations collectées de diverses sources, nous estimons le seuil de couverture pour tester nos hypothèses à 35%.

Les résultats des enquêtes sur petites zones sont résumés dans le tableau 3

Tableau 3: Résultats des enquêtes sur petites zones (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)

	Présence d'un CNA et Mob Com + PS présents	Présence d'un CNA sans Mob Com et sans PS
Seuil de couverture (p)	35%	35%
Seuil de décision ($n^8 \times p / 100$)	3	3
Total de cas MAS	10	10
<i>Cas MAS couverts</i>	5	0
<i>Cas MAS non couverts</i>	5	10
Cas en voie de guérison	18	3
Appréciation de la couverture⁹	> 35%	< 35%

On observe une certaine hétérogénéité au niveau des ZR où la couverture est présumée forte. Toutefois l'agrégation des résultats présentés dans le tableau ci-dessus révèle que la couverture est supérieure à 35% dans les zones bénéficiant de la présence d'un CNA et des activités de la mobilisation communautaire et du volet pratique de soins. Elle est par contre inférieure à 35% dans les zones caractérisées par la présence d'un CNA et où les activités de la mobilisation communautaire et du volet pratique de soins sont inexistantes.

Les raisons fréquemment évoquées par les mères ou accompagnantes des cas MAS non couverts rencontrés sont :

- Manque de temps de la mère / accompagnant (7)

⁸ Nombre total de cas MAS recensés

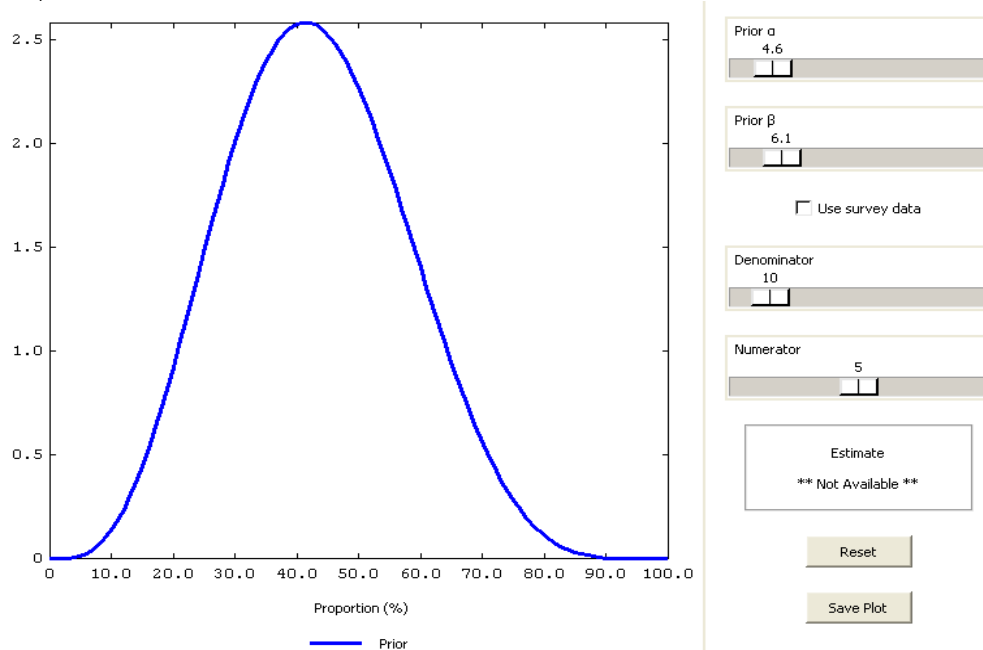
⁹ Comparaison entre le nombre de cas MAS couverts et le seuil de décision

- Absence de surveillant pour les autres enfants (6)
- Mauvais accueil dans les CS (4)

➤ *Valeur de la probabilité à priori*

L'évaluation (affectation de points) des facteurs positifs et négatifs en fonction de leur impact plus ou moins important sur la couverture a permis d'obtenir les caractéristiques de la probabilité à priori suivantes : Mode = 41%, Alpha = 4,6 et Bêta = 6,1. L'affectation des points aux différents facteurs est résumée en annexe 4. L'illustration de la courbe à l'aide de la calculatrice de Bayes se trouve à la figure 1.

Figure 1 : Représentation graphique de la probabilité à priori (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



3.2. Evidence vraisemblable

Au minimum 34 cas MAS sont requis pour atteindre la précision souhaitée. Ces cas MAS ont été retrouvés lors des enquêtes effectuées sur 27 villages répartis sur 27 quadras (25km x 25km). Les résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Résultats de l'enquête sur grandes zones (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)

	ZR appuyée par ACF	ZR non appuyée par ACF	Total
Total de cas MAS	27	10	37
<i>Cas MAS couverts</i>	7	5	12
<i>Cas MAS non couverts</i>	20	5	25
Cas en voie de guérison	2	0	2

➤ *Interprétation des résultats*

Sur l'ensemble des 27 villages enquêtés, 18 se trouvent dans des ZR appuyées par ACF. Aucun cas MAS n'a été identifié dans 6 villages dont 5 sont situés dans des ZR non appuyés par ACF. Signalons que ces villages sont pour la plupart situés dans les zones nord et est du BeG sud caractérisés par des populations semi-sédentaires et de faibles effectifs en populations présentes lors des enquêtes. Une carte du BeG sud avec les ZR appuyés par ACF se trouve en annexe 4.

L'ensemble des cas MAS identifiés est constitué de 16 filles et de 21 garçons. L'âge moyen de ces cas MAS est de $17,5 \pm 8,6$ mois avec un PB moyen de $111,9 \pm 4,4$ mm.

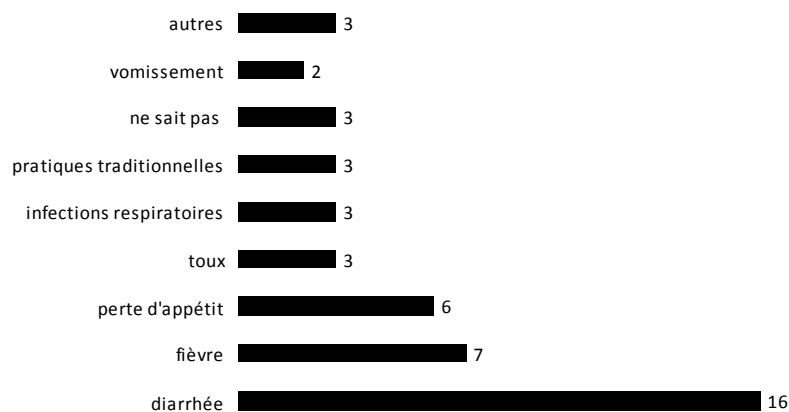
Des cas MAS non couverts ont été identifiés dans les ZR enquêtées indépendamment de l'appui (technique, mobilisation communautaire, pratique des soins) offert par ACF. Il importe de mentionner que 56% des villages enquêtés ne disposait pas de Référents Villages (RV) actifs desquels 47% sont situés dans des ZR appuyées par ACF. Ceci s'expliquerait principalement par la restriction de la zone d'intervention de la mobilisation communautaire sur un rayon de 5km autour des CS. Ces résultats confirment l'hétérogénéité de la couverture au sein d'une même ZR et illustre la présence de barrières à l'accessibilité.

Le questionnaire administré aux mères/accompagnantes des cas MAS non couverts révèlent ce qui suit :

➤ *Connaissance de la malnutrition*

Environ un quart des mères/accompagnantes (6) dont deux tiers sont situées dans des ZR appuyées par ACF, sont conscientes de l'état de malnutrition de leur enfant. L'ensemble de ces mères décrivent la maladie de l'enfant en se référant à des signes associés dont les plus fréquemment évoqués sont la diarrhée, la fièvre et la perte d'appétit (figure 3). Trois mères situées dans des ZR non appuyées par ACF sont convaincues de ce que la maladie de leurs enfants est due aux pratiques traditionnelles qu'ils ont subies.

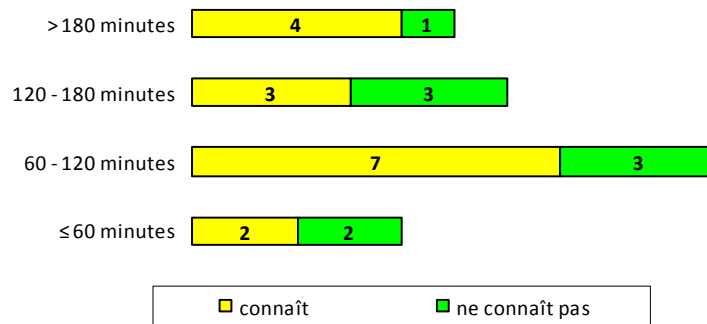
Figure 2 : Cas MAS non couverts – Termes utilisés pour décrire la maladie de l'enfant (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



➤ *Connaissance de l'existence du programme*

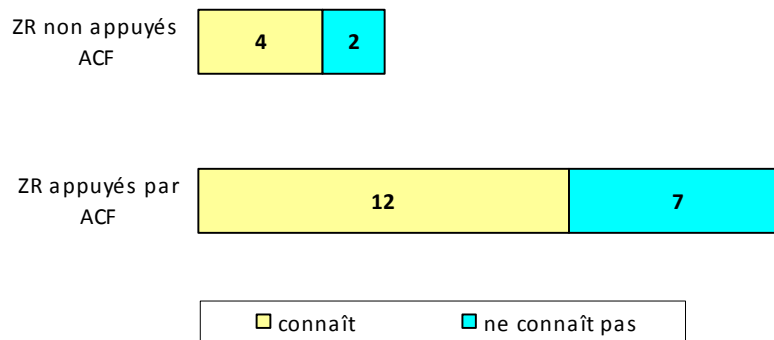
On observe une hétérogénéité de la connaissance de l'existence du programme en fonction de la distance du CNA le plus proche (figure 4). Paradoxalement 50% des mères situées à une distance inférieure ou égale à une heure disent connaître le programme contre 70% situées à une distance d'une à deux heures. Cependant à une distance de plus de 3 heures du CNA, 80% des mères affirment connaître l'existence du programme.

Figure 3 : Cas MAS non couverts - Connaissance de l'existence du programme en fonction de la distance (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



Un approfondissement de cette analyse en impliquant le paramètre « appui offert par ACF au niveau de la ZR » montre qu'une mère sur trois (33%) dans les ZR non appuyées par ACF contre deux sur cinq (37%) dans les ZR appuyées par ACF, ignorent l'existence du programme (figure 5). Cependant il est utile de mentionner que sept sur dix (71%) de ces villages dans les ZR appuyées par ACF sont à 2-3 heures du CNA le plus proche. La communication sur l'existence du programme au sein des communautés reste toutefois à améliorer.

Figure 4 : Cas MAS non couverts – Connaissance de l'existence du programme en fonction de l'intervention d'ACF-France (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



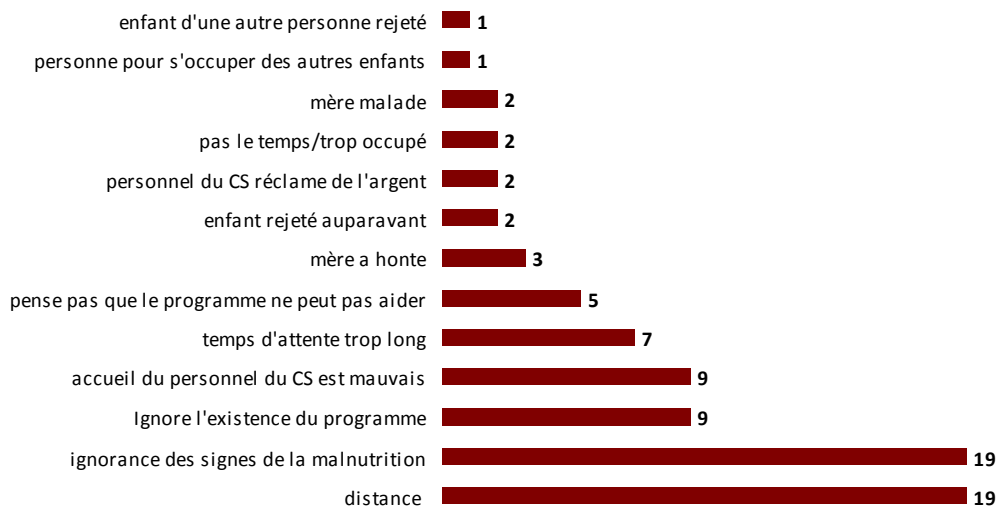
➤ *Barrières à l'accès*

La distance, la méconnaissance des signes de la malnutrition, de l'existence du programme et l'organisation des jours de CNA (mauvais accueil par le personnel du CS et temps d'attente trop long) constituent les principales barrières à l'accès au traitement (figure 6).

Cinq mères ne pensent pas que le programme puisse aider leur enfant et préfèrent se référer aux soins traditionnels. La stigmatisation a été évoquée par trois mères situées dans des villages distants de plus de deux heures du CNA le plus proche. Ceci complète les informations sur la stigmatisation recueillies lors de la phase qualitative et témoigne de l'existence de ce phénomène dans les communautés rurales. Trois mères affirment ne pas se rendre au CS parce qu'ayant été auparavant victimes du rejet de leur enfant.

Le paiement des frais de PEC au CNA a été évoqué par deux mères de cas MAS dans la ZR de Moussoro. Ce comportement est confirmé par les équipes de superviseurs nut dans ladite ZR.

Figure 5 : Cas MAS non couverts - Barrières à l'accès au traitement (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



3.3. Probabilité à posteriori

L'enquête sur grandes zones a fournit les résultats suivants :

$$\text{Couverture actuelle} = \frac{12}{37} \times 100 = 32,4\%$$

$$\text{Couverture de la période actuelle} = \frac{37 + 2}{37 + 2 + 25} \times 100 = 60,9\%$$

La valeur de l'évidence vraisemblable pour le BeG sud est : 32,4% / 60,9%

La synthèse des valeurs de l'évidence vraisemblable et de la probabilité à priori au moyen de la calculatrice de Bayes a produit la probabilité à posteriori qui représente l'estimation de la couverture globale pour le département du BeG sud.

L'analyse des PB à l'admission révèle qu'en dépit du nombre élevé d'enfants qui sont admis avec un PB proche du critère d'admission, on observe aussi des pics d'admission de cas MAS à PB 105mm et à PB 100mm. Il est apparait donc que la capture des cas MAS par le programme n'est pas encore suffisamment précoce.

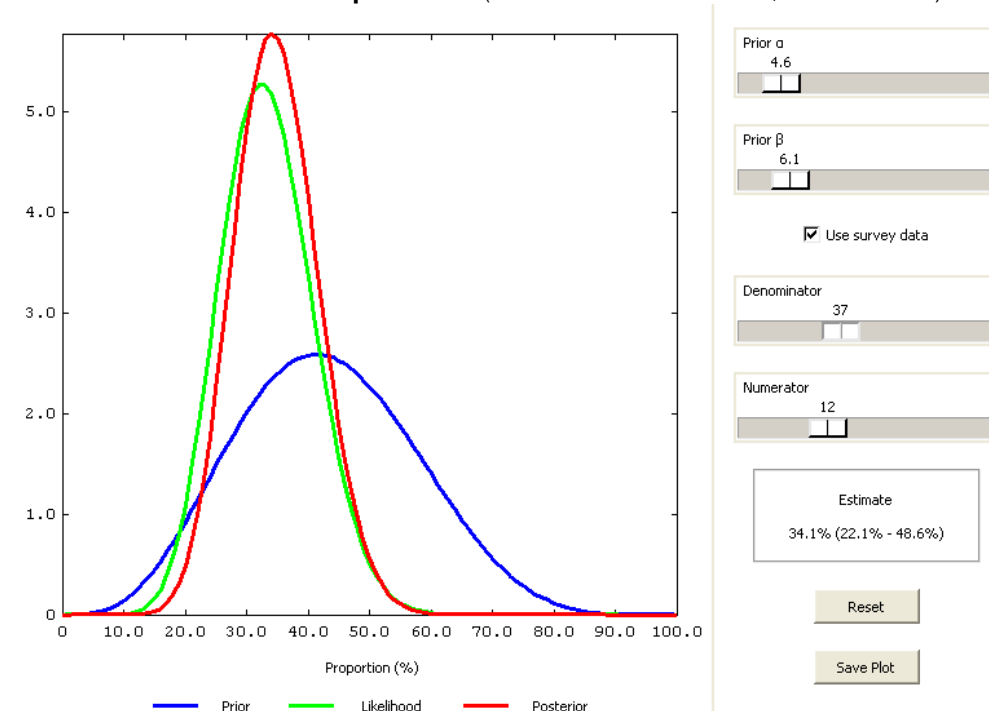
Par ailleurs, la durée de séjour (DDS) moyenne des enfants dans le programme est de 58 jours (avril à octobre 2011), ce qui reste une performance moyenne. Ces 2 paramètres du programme ont permis d'effectuer un choix en faveur de la couverture globale actuelle¹⁰.

Couverture globale actuelle = 34,1% (IC 95% : 22,1 – 48, 6)

La représentation graphique de la couverture globale actuelle générée par la calculatrice de Bayes se trouve à la figure ci-dessous.

¹⁰ Couverture globale de la période = 58,6% (IC95%: 47,4-69,2). L'hétérogénéité spatiale de la couverture et la faiblesse du système de dépistage référencement n'impliquent pas nécessairement que la couverture globale actuelle sera défavorisée mais plutôt que la couverture globale de la période serait surestimé d'où le choix en faveur de la couverture globale actuelle.

Figure 6 : Représentation graphique de la couverture actuelle - Probabilité à priori, Evidence vraisemblable et de la Probabilité à posteriori (District sanitaire de Moussoro, Novembre 2011)



Il existe un chevauchement entre les courbes de la probabilité à priori et de l'évidence vraisemblable, ce qui traduit l'inexistence de divergence entre les deux courbes. La variabilité de la probabilité à posteriori est réduite par rapport à celle de la probabilité à priori, traduisant ainsi que les enquêtes sur grandes zones ont contribué à réduire l'incertitude observée au niveau de la probabilité à priori.

4. Formation du personnel ACF-F

Une formation sur la méthodologie SQUEAC a été fournie au personnel ACF-F présent sur la base de Moussoro. Elle avait pour objectif de faire connaître la SQUEAC et les grandes étapes de sa réalisation.

La formation a été dirigée par le chargé de la réalisation de la SQUEAC et s'est déroulée sur une journée. Étaient présents à cette formation, les superviseurs du volet appui technique et le Programme Manager (PM), l'assistant PM du programme Mob Com et le PM Mob Com, l'assistant du volet PS.

Compte tenu de la charge de travail de supervision qui leur incombait et des contraintes liées aux ressources humaines au niveau d'ACF, la participation effective des équipes du programme nutritionnel aux phases terrain (entretiens, groupes de discussion, enquêtes sur petites et grandes zones) a été limitée. Toutefois, des points réguliers à chaque étape du déroulement de l'investigation ont été organisés avec les superviseurs et les PM afin de les tenir informés de l'évolution des enquêtes et de trianguler par la même occasion les informations collectées. Il serait donc difficile d'envisager la conduite d'une nouvelle enquête SQUEAC par l'équipe sans support sur place.

5. Conclusion et recommandations

En dépit des contraintes liées aux activités du programme, les équipes ACF ont fait preuve de d'une réelle motivation et ont activement participé au processus en fonction de leur disponibilité. Leur implication lors des phases terrain a été limitée. Toutefois des points d'étapes réguliers ont été effectués afin d'échanger et de trianguler les informations collectées du terrain. Quant à la formation du personnel de la DSR BeG, elle n'a pas pu avoir lieu compte tenu de leur disponibilité très limitée. Cependant, un résumé de quelques pages expliquant les grandes étapes de la méthodologie a été mis à leur disposition.

En ce qui concerne la réalisation, l'existence de données conséquentes a facilité la première étape d'analyse et a permis d'appréhender le fonctionnement de programme. Un manque de fiabilité des données de décharge a cependant limité l'analyse des différents types de décharges sur une période relativement récente. Il importe que les équipes de supervision maintiennent une attention particulière à ces données.

Cette investigation SQUEAC a révélé des insuffisances au niveau de la qualité de la prise en charge : qualité du staff composé essentiellement de bénévoles, l'information donnée aux mères sur les raisons des rejets, sur la nature et le rôle des rations de protection est insuffisante voire absente.

L'efficacité de l'influence des MAS guéris, notamment au CNT, et la disponibilité des intrants (limitation des ruptures de stocks d'ATPE, du traitement systématique, etc...) constituent des aspects primordiaux de la prise en charge identifiés comme positifs

Le réseau de la mobilisation communautaire en impliquant certaines personnes clés de la communauté, en motivant certaines ressources impliquées et en assurant la présence de RV dans chaque village au moins ceux situés dans un rayon de 5km autour du CS dans les ZR d'intervention joue un rôle positif et important au sein des communautés. Ce réseau présente également des faiblesses qui affectent sa performance : la disponibilité des RV et leur motivation très inégale induisent une irrégularité dans le dépistage, les erreurs de référencement sont nombreuses (un enfant sur deux) et participent à une mauvaise perception des CS et à une frustration des mères rejetées. De plus, il n'existe pas de système de suivi des cas d'abandons et de non répondants.

Un travail de fond à divers niveaux du système de PEC de la MAS (dépistage référencement, organisation des jours CNA, sensibilisation sur la malnutrition et l'accès aux soins, etc...) nécessite d'être fait afin d'améliorer la perception du programme et du CS aussi bien par les bénéficiaires que par certains leaders de communautés.

L'investigation SQUEAC menée en période de soudure a révélé une couverture globale actuelle de 34,1% (IC 95% : 22,1–48,6) et un ensemble de barrières à l'accessibilité. Cette valeur reste en dessous des standards sphères de 50% recommandés par les standards sphères pour le milieu rural. Cependant elle pourrait être améliorée en mettant en œuvre des stratégies à partir des recommandations suivantes :

➤ **Qualité de la prise en charge**

- Continuer à améliorer la qualité de la prise en charge au niveau des CNA : accueil, respect des critères d'admission et de décharge
- Promouvoir une meilleure organisation des jours de CNA surtout dans les centres accueillants un grand nombre de bénéficiaires.
- Promouvoir le dépistage systématique lors des consultations curatives et pendant les stratégies avancées de vaccination
- Vérifier le PB des bénéficiaires CNS afin d'identifier les éventuels cas de MAS mal orientés
- Informer le personnel des CS sur le rôle des rations de protection
- Informer de manière claire et permanente les bénéficiaires sur les objectifs, les critères d'admissions, les modalités des programmes nutritionnels, les raisons de leur rejet, le rôle des rations de protection et de l'ATPE
- Anticiper les jours fériés et limiter les ruptures de stock d'ATPE surtout dans les CNA non appuyés par ACF
- Instaurer la collecte de données de refus de transfert au CNT

➤ **Mobilisation communautaire et Pratiques de soins**

- Impliquer le personnel des centres de santé pour une meilleure appropriation du système des agents communautaires et une intégration aux systèmes de soins
- Promouvoir la sensibilisation des leaders communautaires sur les objectifs, les modalités et le fonctionnement des programmes nutritionnels
- Promouvoir les séances de sensibilisation au niveau des CS et au sein des communautés sur diverses thématiques relatives à la malnutrition, la santé maternelle et infantile, etc...
- Intensifier la promotion des femmes comme RV et RC
- Intensifier les communications sur les média locaux afin d'améliorer la communication sur la malnutrition et les programmes nutritionnels
- Améliorer la qualité des dépistages et des référencement : formation des agents communautaires au dépistage – référencement avec les nouvelles normes OMS 2006, utilisation des bâtons gradués à 65cm - 110cm, recyclage/supervision
- Cibler et sensibiliser les acteurs des pratiques traditionnelles (coupure de l'utérus, arrachage des dents, brûlures de l'anus, etc...). En prélude à cette recommandation, un travail sur les caractéristiques socio-anthropologiques et économiques de ces pratiques et des acteurs est fondamental

➤ **Action Contre la Faim**

- Mettre en place en collaboration avec la mobilisation communautaire, un système de suivi des abandons, des enfants à poids stagnants durant 3 semaines consécutives, des non répondants, etc... afin d'encourager les accompagnants à réintégrer le programme
- Formaliser une interface d'échange entre les volets appui technique à la PEC de la MAS, mobilisation communautaire et pratique de soins
- Plaider en faveur d'une amélioration de la qualité de la ration de protection offerte aux bénéficiaires, notamment le haricot et les céréales
- Réaliser la prochaine SQUEAC en période de soudure. Toutefois, il faut tenir compte des difficultés d'accès à certaines ZR et villages pendant la saison pluvieuse.
- Poursuivre l'amélioration dans le suivi et le nettoyage des données des CdS et recourir à un saisisseur de données régulièrement pour la mise en place de base de données statistiques.

➤ **Outils de monitoring**

Afin de faciliter l'adoption de la méthodologie SQUEAC comme outil de monitoring du programme et d'améliorer la conduite des prochaines évaluations, il serait intéressant d'intégrer les tableaux de suivi suivant dans la compilation statistique annuelle :

Tableau 5 : Admissions en fonction de la distance par rapport au CdS

Distance	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai (...)	Total
≤ 60 mn						
> 60mn et ≤ 120mn						
> 120mn et ≤ 180mn						
> 180mn						
Total						

Tableau 6 : PB à l'admission

PB ¹¹ (mm)	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai (...)	Total
145						
(...)						
115						
114						
(...)						
95						
Total						

Tableau 7 : Abandons par CNA

CdS	Janvier	Février	Mars	Avril (...)	Total	Pourcentage des abandons par CNA (%)
CNA 1						
CNA 2						
CNA 3						
CNA						
Total						

Tableau 8 : Délai entre l'admission et l'abandon

DDS (en semaine)	Nombre d'abandons
1	
2	
(...)	

¹¹ Les mesures de PB sont alignées dans la colonne en partant du PB le plus élevé vers le PB le plus faible à l'admission ou vis versa

Annexe 1 : Enquête de couverture SQUEAC - Formulaire pour la collecte des données de dépistage

Village/ quartier enquêté : _____ Date : _____ N° Equipe : _____

Distance du centre de santé (km / heures) : _____ Zone de responsabilité : _____

Référent village présent et actif (OUI / NON) : _____

N° enfant	Nom complet de l'enfant	Genre (M / F)	Age (mois)	PB (mm)	Cas de malnutrition sévère ? (cocher la case)	Œdèmes (Oui/ Non)	Cas de malnutrition sévère dans le programme CNA ou CNT ? (OUI / NON)	Notes
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
<i>Ne pas remplir</i>								

Systématiquement demander la carte des bénéficiaires (CNA, CNS, plumpy doz) et vérifier la date de la dernière visite.

Les cas sévères pris en charge dans le programme CNS sont des cas non couverts. Utilisez le questionnaire "Cas non couvert" pour ces cas et notez que l'enfant est en CNS.

Administrez le questionnaire "Cas non couvert" pour tous les cas sévères non couverts.

Tous les cas sévères ou modérés qui ne sont pas couverts doivent recevoir une carte de référencement ainsi que des explications sur où et quand amener l'enfant au centre de santé.

Annexe 2 : Enquête de couverture - Questionnaire pour les accompagnant(e)s des CAS NON COUVERTS

(= enfants malnutris sévères PAS dans le programme)

Village/ quartier enquêté : _____ Date : _____ Numéro de grappe : _____

Numéro d'équipe : _____ Zone de responsabilité : _____ Nom complet de l'enfant : _____

1. DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT ?

2. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNOURRI ?

OUI NON

3. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN PROGRAMME QUI PEUT AIDER LES ENFANTS MALNOURRIS ?

OUI NON (→ stop !)

Si oui, quel est le nom du programme ? _____

4. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS AMENÉ VOTRE ENFANT EN CONSULTATION AUPRÈS DE CE PROGRAMME ?

Ne pas lire les réponses à la personne interrogée. Cocher la case correspondante après chaque réponse donnée et relancer la personne en demandant « Y a-t-il d'autres raisons ? ». Plusieurs cases peuvent être cochées.

Réponses	Cocher	Notes
Trop loin (distance en km ? ____ combien d'heures ? ____)		
Je n'ai pas le temps/ trop occupée		
La mère/ l'accompagnant est malade		
L'enfant est dans le programme CNS		
La mère a honte d'aller dans le programme		
Je dois être référé par quelqu'un et il n'y a personne pour le faire		
Il n'y a personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants		
Le personnel du centre de santé réclame de l'argent		
L'accueil par le personnel du centre est mauvais		
Le temps d'attente est trop long		
L'enfant a été rejeté auparavant. Quand ? (période approximative) _____		
L'enfant d'autres personnes a été rejeté		
Mon mari/ ma famille a refusé		
L'accompagnant(e) ne pense pas que le programme peut aider l'enfant (il/ elle préfère la médecine traditionnelle, etc.)		
Autres raisons (détailler)		

5. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ADMIS DANS LE PROGRAMME CNA ?

OUI NON (→ stop !)

Si oui, pourquoi n'est-il plus inscrit actuellement ?

Abandon : Quand ? _____

Pourquoi ? _____

Guéri et déchargé du programme : Quand ? _____

Déchargé parce que l'enfant ne guérissait pas : Quand ? _____

Autres : _____

Remercier l'accompagnant et référer l'enfant au CNA le plus proche

Annexe 3 : Rapport Mind Map sur la couverture du district sanitaire de Moussoro, Bahr El Gazal sud

1. Contexte Moussoro

1.1. DS Moussoro

Le DSR du BeG se compose officiellement de 2 districts sanitaires : les DS de Chadra et de Moussoro.

Le DS de Moussoro est le seul DS fonctionnel et regroupe les activités sanitaires de toute la région. Le DS de Chadra est en attente d'être opérationnel. De plus le DS de Salal est prévu être opérationnel afin de couvrir le nord BeG

1.1.1. Données démographiques

La population de la région du BeG est estimée en 2011 à 268 952 habitants dont :

- 48949 enfants âgés de 0 à 59 mois soit 18,2%
- 9682 enfants âgés de 0-11 mois, soit 3,6%
- 61859 FEAP, soit 23%
- 11296 femmes enceintes, soit 4,2%

1.1.2. Couverture sanitaire

Le DS de Moussoro compte aujourd'hui 31 centres de santé. Ces CS sont tous munis d'un CNA et d'un CNS chacun et assurent la prise en charge nutritionnelle des enfants malnutris. De mai à juillet 2011, une clinique mobile avec activité CNA financée par l'OMS a été opérationnelle dans les ZR de Michemiré, de Ngalitaher et de Birtoum situées à l'est du BeG.

Le DS dispose également d'un CNT supporté par ACF qui se situe dans l'hôpital général de Moussoro.

La couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois est à ce jour détaillée comme suit:

BCG: 58%, Penta 3: 48%, VAR: 63%, VAA: 54% VAT: 50%

1.1.3. Situation Nutritionnelle

Grâce à l'appui de différents bailleurs et partenaires notamment UNICEF et ACF, un système de surveillance nutritionnelle est mis en place et permet la réalisation fréquente d'enquêtes nutritionnelles dans la région du BeG.

Les enquêtes nutritionnelles réalisées au cours de cette année 2011 révèlent en normes OMS 2006 des prévalences égales à 17,8% (IC 95%: 14,1-22,4) et 3,7% (IC 95%:1,8-5,3) respectivement pour la MAG et la MAS en Août 2011 tandis qu'en mars 2011 ces prévalences étaient estimées à 24,3% (IC 95%: 20,5-28,4) et 8,3% (IC 95%: 5,8-11,7) respectivement pour la MAG et la MAS.

1.2. ACF Moussoro

1.2.1. Programme support à la DSR

➤ Volet Pratiques de soins

Les activités du volet PS ont démarré en juin 2010 et avaient pour finalité de restaurer, préserver, améliorer les pratiques de soins infantiles pour prévenir la malnutrition et de participer à l'amélioration de la santé mentale des mères et bénéficiaires en situation de crise. A ce jour, le volet se compose de: 1PM PS, 1 assistant PM, 3 travailleurs psycho sociaux.

➤ Volet mobilisation communautaire

Le volet Mob Com a démarré en juin 2010 avec une effectivité des premières activités terrain (production des premières données de dépistage) en Août 2010. Il dispose de: 1 PM Mob Com, 1 Assistant PM Mob Com et de 10 animateurs.

➤ Volet appui aux CNA CNT

ACF intervient en intégration dans le Bahr el Gazal depuis Août 2010. Aujourd'hui, les ressources humaines impliquées dans le support que ACF fournit aux CNA et CNT sont constituées de: 1 PM Nut, 1 Assistant PM, 5 superviseurs pour les CNA, 1 superviseur CNT, 6 infirmiers au CNT en attente d'intégration et 21 Infirmiers Diplômés d'Etat et Agents Techniciens de Santé répartis dans les CNA comme staff additionnel.

1.2.2. Programme sécurité alimentaire et moyens de subsistance

Le projet de sécurité alimentaire et moyens d'existence a démarré en novembre 2010. Il vise la prévention des crises par la diversification et la sécurisation des revenus, mais aussi par le renforcement du système d'alerte et de la connaissance des causes de la malnutrition. Le programme est composé des activités suivantes : réalisation de banques de céréales, renforcement de capacité des staffs et partenaires (Office National de Développement Rural, Délégation de l'élevage), formation des bénéficiaires en production animale, l'enquête sur les farines infantiles, réalisation d'un complément alimentaire pour le bétail en partenariat avec le Laboratoire de Farcha et l'enquête qualitative sur la situation alimentaire.

En terme d'effectif RH, le programme dispose de : 1 PM Food Sec, 1 superviseur et de 3 animateurs.

1.3. Autres ONG et institutions

Institutions nationales : Office National de Développement Rural (ONDR) qui a récemment reçu le soutien du Projet National de Sécurité Alimentaire (PNSA), Office National de Sécurité Alimentaire (ONASA)

Nations Unies : UNICEF, PAM, FAO

ONG internationales : Action Contre la Faim France (ACF-F), International Rescue Service (IRC), OXFAM GB

ONG Nationales : Association d'appui aux Initiatives de Développement Rural (AIDER), Croix rouge du Tchad, Association Tchadienne de Promotion des Initiatives Rurales (ATPIR), Système d'Alerte Précoce (SAP) bénéficiant du soutien du PAM.

2. Données de routine

2.1. Admissions

2.1.1. Evénements clés

➤ Agriculture

Un calendrier agricole a été élaboré avec les équipes du programme de sécurité alimentaire et moyens d'existence, les communautés visitées et les données issues de l'ONDR (voir ci-dessus).

L'analyse des admissions ne révèle pas de relation évidente avec la saisonnalité culturelle en 2010. La récolte en septembre et octobre 2010 semble être associée à une diminution des admissions car elle correspond à la période de forte disponibilité alimentaire et donc de réduction de la vulnérabilité des enfants. Cependant, l'indisponibilité des familles à ce moment de l'année à se rendre dans les CS (autres priorités) est à envisager.

En 2011 par contre, on observe un pic d'admission en juillet correspondant à la soudure caractérisée par une diminution de la sécurité alimentaire au niveau des ménages, et se traduisant par une augmentation de la vulnérabilité des enfants à la malnutrition.

En considérant que les données de 2011 sont de qualité meilleure à celles de données de 2010 (selon l'équipe Nut), nous pouvons admettre que le programme semble répondre au besoin dans la zone d'intervention.

➤ Maladies infantiles ✘

Les épidémies infantiles ont été rares voire absentes dans la région du BeG Sud au cours de l'année 2010 a affirmé le Chargé d'Antenne Surveillance Epidémiologique de la DSR du BeG. Par contre en 2011, malgré la survenue des épidémies de rougeole, choléra, coqueluche, on n'observe pas d'impact significatif sur les admissions. Cependant, les cas de diarrhée survenue en juillet 2011 auraient contribué à l'augmentation des admissions pendant la soudure 2011.

On observe une chute brusque des admissions en août 2011 qui s'expliquerait en partie par la survenue des cas de choléra dans 4 CS entraînant la cessation des activités qui ont timidement repris en septembre.

➤ Dépistage massif ✔

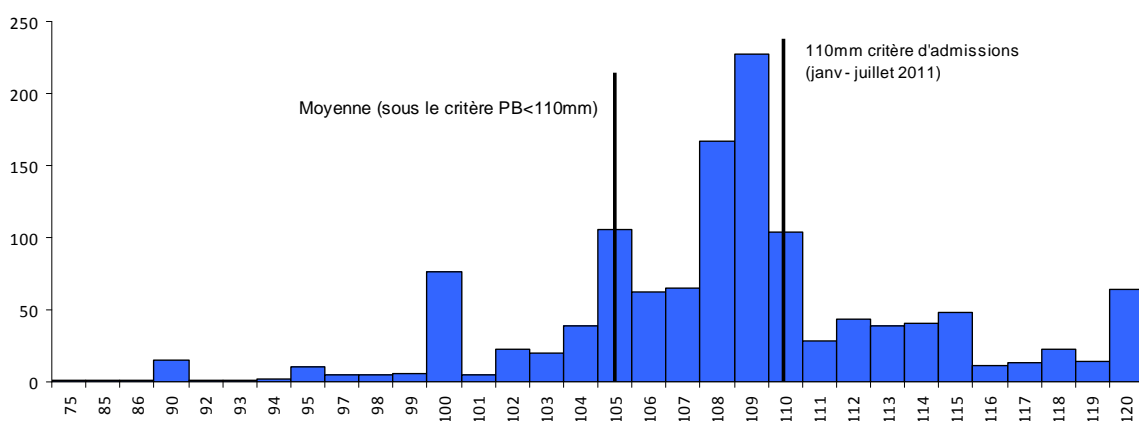
Plusieurs événements clés ont rythmé le cours des programmes Nut à Moussoro. Une mise en liaison avec la courbe des admissions montre que contrairement aux saisons (chaude/froide), au nombre de ZR couvertes par la Mob Com et aux dépistages préalables aux distributions de Plumpy Doz de l'UNICEF en avril 2010; les enquêtes SMART d'août 2010 et 2011, les dépistages événementiels de la mob com dans un rayon de plus de 5km autour des CS auraient, de part le dépistage massif qu'ils ont engendré, contribué à l'augmentation des admissions dans les CNA et CNT (figure 9).

On observe par ailleurs une hausse des admissions en septembre 2010 suite à l'introduction des rations de protections et en juillet 2011 en lien avec l'application des nouveaux standards OMS 2006.

➤ PB à l'admission ✘

L'analyse des PB à admissions a porté sur les données de 14 CNA de janvier à juin 2011 correspondant à la période au cours de laquelle les normes d'admissions avec PB<110mm étaient encore en vigueur. De nombreux enfants (227) sont admis dans le programme avec un PB égal à 109 (figure 8), proche du critère limite d'admission. Le PB moyen des enfants admis sous critère PB<110mm est de 105mm où on observe également un pic (106 enfants) et environ 6% de ces enfants sont admis avec un PB<100mm. Le graphe présente une réduction du nombre d'enfants admis au fur et à mesure que l'on s'éloigne du critère d'admission mais avec des pics relativement important à 105mm et à 100mm. Il serait donc difficile de conclure en une bonne capture des cas MAS par la programme.

Figure 7 : PB à l'admission (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



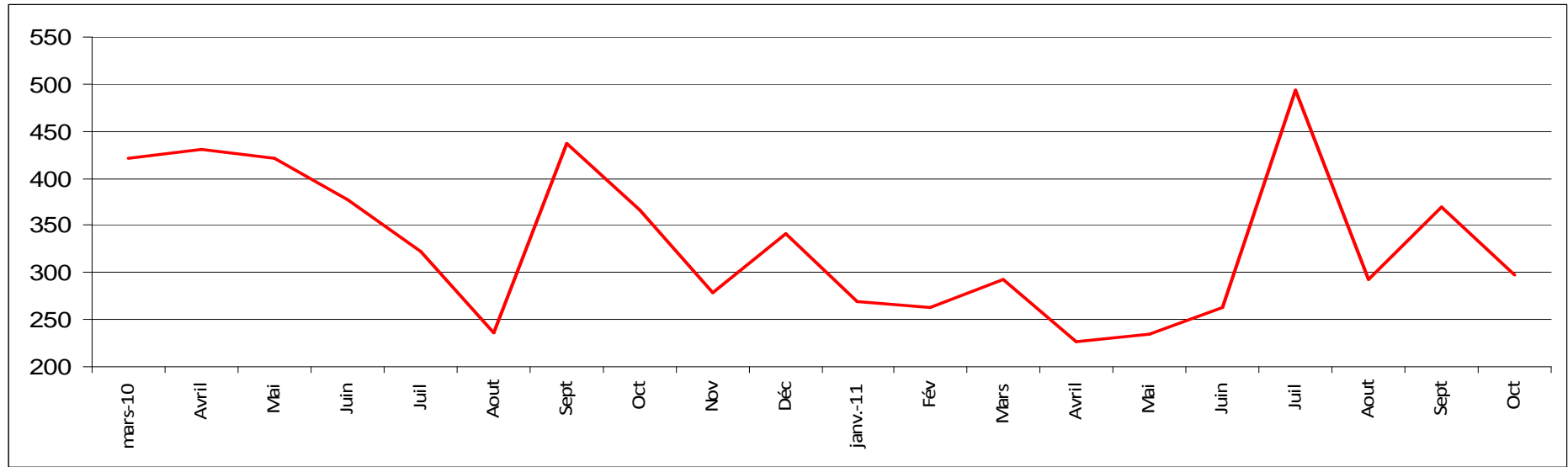
2.1.2. Tendances ?

La figure 9 montre l'évolution des admissions dans les CNA et CNT appuyés par ACF dans la zone cible.

L'expansion des activités de la Mob Com n'a pas induit une augmentation des admissions dans les CNA et CNT.

D'octobre à novembre 2010, on observe une diminution des admissions correspondant à la période post-récote. En décembre 2010 et mars 2011, on observe des pics de moindre ampleur qui s'expliqueraient respectivement par la saison froide et par la transition saison froide et saison chaude. En juillet 2011, un pic d'admission d'une ampleur d'environ 500 enfants dans les 14 CNA et le CNT appuyés est observé. La mise en application des nouvelles normes OMS 2006 associée à l'effet de la soudure auraient inéluctablement contribué à cette tendance à la hausse. Il importe cependant de mentionner que des admissions fictives seraient courantes dans certains CNA.

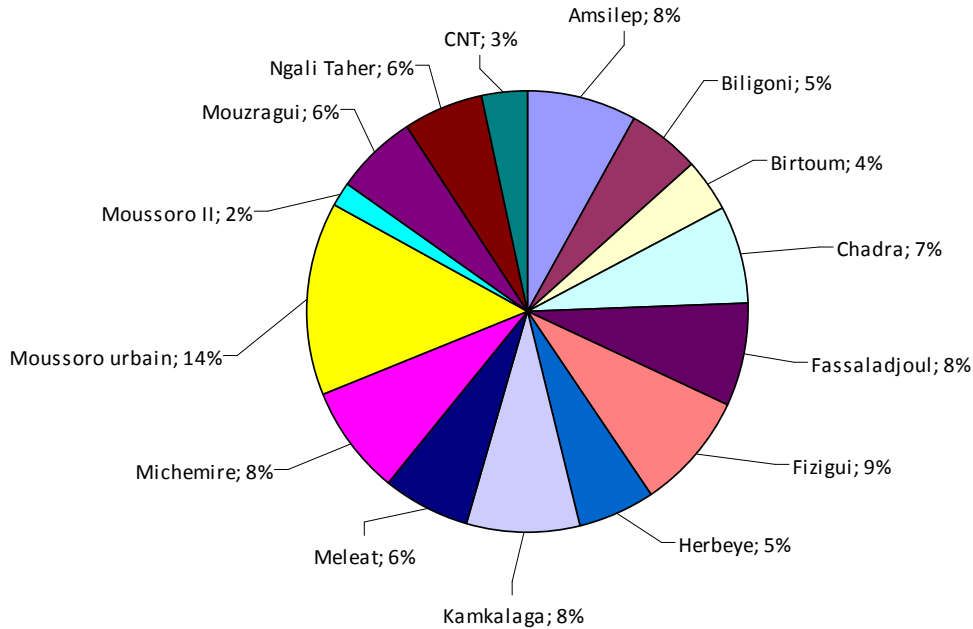
Figure 8: Evolution des admissions dans les CNA et CNT appuyés par ACF dans le DS de Moussoro (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



	2010										2011									
	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct
Saisonnalité																				
pluies																				
Agriculture																				
Ennemi des cultures																				
Soudure																				
Pâturage																				
Séjour de transhumance																				
Soudure animale	Soud	ure	ani	male																
Rougeole / Cholera																				
Diarhée																				
IRA																				
Coqueluche																				
Ramadan																				
Saison chaude/froide	Saison chaude										Saison froide									
Événements clés																				
Ration de protection																				
Changement type de céréales											Maïs									
Plumpy doz	Screening										Screening									
Enquêtes Nut																				
Nbre CNA ACF	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14
Nbre de ZR couvertes par Monb Com						1	3	5	8	11	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Nbre total dépistés par Mob Com						3035	3837	5633	6246	10501	12577	12291	12259	12028	12015	9137	10238	9146	8356	
Dépistage événementiel														526	370	312	3371	0	249	88
Personnel additionnel ACF			9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	14	14	14	14
Nouvelles normes OMS 200-																	X	X	X	X

Une analyse du camembert à la figure 10 révèle qu'il n'y a pas de différence majeure dans la contribution des CNA aux admissions. Cependant, le CNA de Moussoro présente la contribution la plus élevée (14%), mais il faut signaler qu'il constitue un bassin de population avec environ 16% des enfants de 0-59mois de la région du BeG.

Figure 9 : Contribution des CNA aux admissions (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)

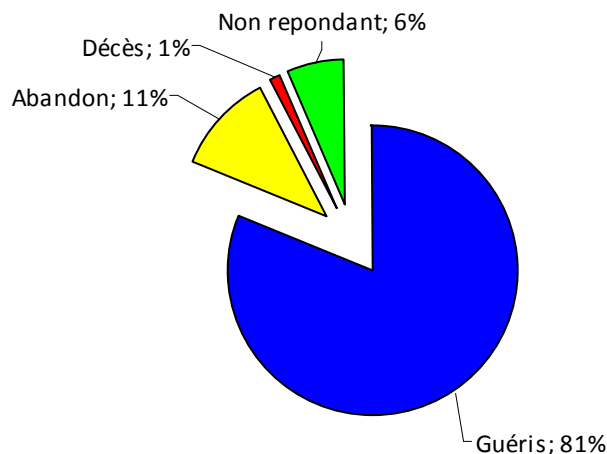


2.2. Indicateurs de performance

L'analyse des données relatives aux indicateurs de performance du programme s'est focalisée sur la période d'avril à octobre 2011 en raison de l'amélioration de la qualité de la collecte des données observée depuis le début de l'année. Cependant les données des mois de Janvier à Mars n'ont pas été exploitées par souci de cohérence avec le nouveau projet démarré en avril 2011.

Le camembert à la figure 11 donne une tendance globale des indicateurs de performance du programme

Figure 10: Indicateurs de performance (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



2.2.1. Abandons ✘

Les abandons observés entre avril et octobre 2011 s'expliquent essentiellement principalement par la migration des nomades surtout dans les CNA situés à l'est de la zone cible (Fizigui, Fassalajoul,

Amsilep, etc...). Les activités champêtres ont également été évoquées comme raison justifiant les abandons. A Moussoro particulièrement les contraintes sociales (baptêmes, mariages et décès) sont les raisons majeures justifiant les abandons dans le programme. La distance à très peu été évoquée comme raison des abandons.

Les cas d'abandons au CNT sont fréquents et sont justifiés par le manque de personne pouvant assuré la prise en charge des autres enfants à la maison, le besoin d'être avec son époux ou la peur de le perdre, les fêtes religieuses (ramadan, tabaski, etc...). Certaines femmes décident bien qu'étant hospitalisés au CNT de quitter pour recourir aux soins traditionnels.

2.2.2. Non répondants

L'incompréhension des modalités d'administration de l'ATPE, le non respect des doses journalières et le partage de l'ATPE, le refus de transfert vers le CNT des mères, la faiblesse de la PEC par le CS qui n'identifie pas assez tôt les risques de non réponse sont entre autres des raisons qui justifient les taux de non répondant. La durée moyenne de séjour au CNA est de 52 jours d'avril à septembre 2011.

2.2.3. Décès

Le suivi des cas de décès au CNA est problématique du fait que les cas de décès dans les communautés ne sont souvent pas quantifiés. Toutefois les RCS affirment que les cas mentionnés dans les registres ont été rapportés par des mères qui sont voisines/amies à celle qui ont perdu leur enfant.

Les taux de décès au CNT sont supérieurs au seuil de 10% recommandé par les standards sphères avec un pic en juin à août 2011 essentiellement des recours tardifs aux soins de santé modernes, des refus de pause de sonde naso-gastrique, etc...

2.2.4. Interface CNA/CNS

Le transfert du CNA vers le CNS n'était pas systématique, depuis la formation des RCS effectué en septembre 2011, cela a été de nouveau rappelé et recommandé mais reste à être systématisé dans les CS. Des enfants sont déchargées sans être transférés vers le CNS, laissant ainsi la maman revenir des jours de CNA sans satisfaction.

Le nettoyage des registres CNS en vue de l'identification des erreurs d'admissions, recommandée lors de la dernière formation des RCS n'a pas encore été effective dans la quasi totalité des CS visités.

2.3. Réseau de la mobilisation communautaire

2.3.1. Sensibilisation

Les RV sont formés par les animateurs ACF sur des thèmes de sensibilisation et la manière de passer les messages aux mères. La sensibilisation se ferait lors du dépistage à domicile et des VAD. Par ailleurs, les matrones formées par la PS procèdent à la sensibilisation de masse sur des thématiques similaires (malnutrition, accès aux soins, pris en charge de la malnutrition, etc...) mais beaucoup plus orientées vers les pratiques de soins.

2.3.2. Activités des RV et RC

Les RV sont chargés de procéder chaque mois au dépistage référencement des enfants de leur village.

Le RC est chargé de superviser et de former/recycler au besoin les RV sous sa responsabilité. Le travail de la mob com est un travail qui nécessite du volontariat de la part des acteurs communautaires qui y sont impliquées. Néanmoins, des recharges téléphoniques de 2000F CFA et de 1000 F CFA sont respectivement offertes au RC et au RCS afin d'assurer une communication au sein du réseau en vue de la collecte des statistiques mensuelles et de la tenue de la réunion mensuelle entre RCS, RC et animateurs ACF. Quarante quatre pour cent des visites de supervision effectuées par les animateurs ACF entre avril et septembre 2011 révèlent que les RV affirment avoir été suivis

par leur RC. Cependant le contenu de ce suivi (visite de courtoisie, de collecte de statistiques mensuelles, etc...) par le RC n'a pas été recueilli.

Il est utile de signaler que les supervisions des RV ne se font que rarement avec les RC. La récente amélioration instaurée dans la conduite des supervisions par les animateurs ACF recommande une participation des RC à la supervision de leurs RV à charge.

2.3.3. Supervision par les animateurs ACF



Huit animateurs assurent la supervision dans le BeG Sud. Les activités de supervision sont organisées de manière à ce que chaque semaine les animateurs supervisent directement les RV des ZR dont ils ont la charge. Ces animateurs organisés par binôme assurent la supervision des RV dans les villages tandis que 2 autres animateurs s'occupent de la réalisation de diagnostic au niveau des villages sur un rayon de 5km. Diagnostic ayant pour objectif de mieux connaître les zones notamment en terme d'accessibilité aux soins, de perception de la malnutrition, de connaissance et de l'utilisation des traitements, etc...

Depuis avril 2011, les activités de supervision des animateurs ont été réduites aux villages situés dans un rayon de 5km autour des CS. Les villages en dehors de ce rayon et disposant de RV fournissent sporadiquement les statistiques mais ne sont plus supervisés. Par contre des activités de dépistage événementiel y sont organisées de commun accord avec les RV et leaders de la communauté.

Les activités de supervision étant réduites sur le rayon de 5km autour des CS, les animateurs ACF arriveraient à superviser pour certaines ZR (Birtoum, Chadra, Amsilep) au moins une fois par mois tous les RV qui sont dans leur ZR.

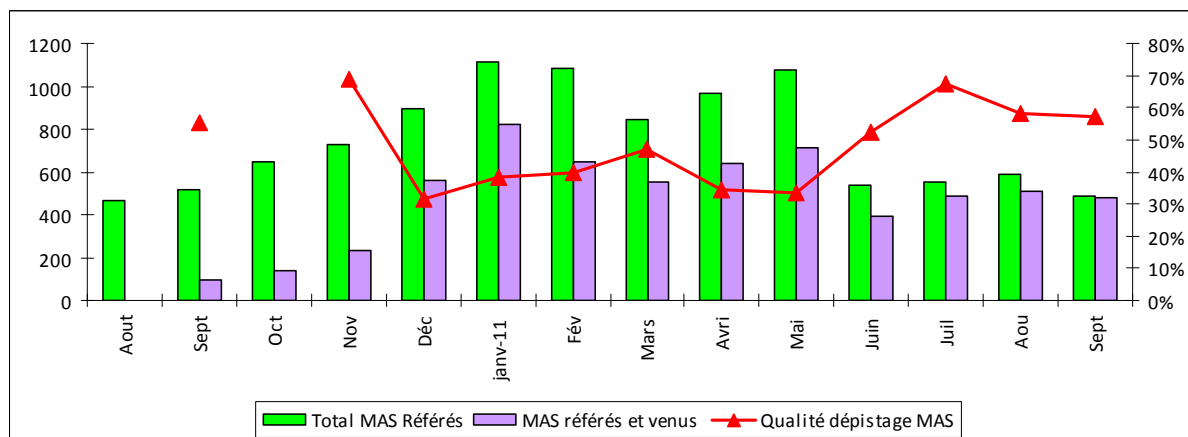
2.3.4. Tendances et qualité de dépistage



Les activités de dépistage référencement ont été intenses en 2010 avec une moyenne mensuelle de cas MAS référés égale à 750 enfants.

Les taux de MAS référés non venus ont graduellement diminué en passant de 68% en décembre 2010 à 26% en janvier 2011 (figure 12)

Figure 11 : Evolution du nombre de cas MAS référés, référés venus et de la qualité du dépistage référencement (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



Un enfant sur deux enfants dépistés et référés (56%) est admis au programme (qualité du dépistage référencement estimée sur une période allant d'Aout 2010 à Septembre 2011) malgré les critères PB<110mm utilisé par la majorité des RV. De plus, les données de supervision effectuées par les animateurs ACF révèlent que 31% et 46% des RV supervisés sauraient respectivement mesurer le PB et détecter les œdèmes.

2.3.5. Suivi des dépistés référés

Lors des visites de supervision par les animateurs ACF, des visites à domicile à domicile sont effectuées dans des ménages dont les enfants ont été référés au cours du dépistage précédent afin de s'assurer de l'effectivité du dépistage et des raisons de la non présentation des cas au CS.

Cependant le suivi des dépistés est plutôt sporadique et parfois manque de fiabilité. Certains RV et RC disent avoir référés des enfants mais sont incapables de dire si ces enfants ont été admis ou non.

2.3.6. Suivi des abandons

Mis à part des visites à domicile effectuées chez les cas dépistés référés, aucun système efficace n'est mis en place pour le suivi des abandons. Les réunions mensuelles entre les RC, le RCS et les animateurs ACF ont très souvent omis d'identifier et de notifier aux RC les cas d'abandons et de non répondants provenant de leurs villages à charge.

2.3.7. Femmes dans la mobilisation communautaire

L'équipe de la Mob Com en 2010 était essentiellement composée d'hommes. Les RV hommes effectuent fréquemment des migrations économiques saisonnières qui peuvent parfois durer une année. Avant son départ, le RV forme un remplaçant ou sa femme à qui il remet le matériel de dépistage. Ceci n'est certainement indubitablement pas sans conséquences sur les activités de dépistages / référencement.

L'introduction progressive des femmes aux postes de RV en accord avec les leaders et la communauté est donc mise en œuvre et aujourd'hui, dans le rayon de 5km autour des CS, le réseau compte environ une vingtaine de RV femmes et 5 RC femmes (sans les données des ZR de Moussoro, de Chadra et de Mouzragui)

2.3.8. Rejets

Les cas de rejets suite au référencement des RV sont relativement important, soit un cas sur deux. Ces cas de rejet sont la cause de mécontentement de la part des mères et des RV. Alors que les RV se questionnent sur l'utilité de leur dépistage, les mères se découragent de se rendre au CS et de ne pas pouvoir bénéficier des avantages du CNA ou CNS (rations de protection, ATPE, Corn Soya Blended flour).

Des cas de rejets systématiques des enfants référés par certains RV ont également été notifiés. Ils surviennent généralement suite au rejet répété des cas référés provenant d'un même RV.

Des cas d'enfants référés par affinité dans l'espoir que la carte permettra l'admission ont également été signalés. Ces actes seraient l'œuvre de certains RV ou de leur remplaçant.

2.3.9. Implication des RCS

La plupart des RCS reconnaissent l'importance du réseau Mob Com. La plupart des RC visités dispose de la liste des RC dans leur zone de responsabilité et de leur contact. Cependant très peu de RCS font usage de ce réseau pendant les campagnes de vaccination. De plus il n'existe pas de stratégies avancées pour le dépistage tout comme celui de la vaccination, sans doute à cause du lourd financement qui accompagne cette dernière. Un plaidoyer permanent de la Mob Com auprès des RCS pour associer le dépistage aux campagnes de vaccination est resté jusque là vain.

2.3.10. Communication sur la radio

En 2010, la sensibilisation via les ondes de la radio locale FM de Moussoro était réalisées pendant 6 mois à raison d'une nouvelle thématique développée tous les 2 mois et ce moyennant un tarif forfaitaire accordé par la radio. De plus, des spots réalisés autour de la malnutrition et divers autres thèmes relatifs à la nutrition santé de la mère et de l'enfant ont été réalisées et diffusées en 3 langues (Gorane, Kanembou et Arabe) Un feedback positif de la part de la communauté a été reçu par les équipes ACF sur le terrain. Depuis avril 2011, aucune émission ou spot n'a encore été réalisée.

3. Communautés / Bénéficiaires

3.1. Connaissance des signes de la malnutrition

La malnutrition est souvent désignée par "koumourss" ou "guirfe" en Gorane et "kilikili" en Kanembou. On associe très souvent à ces termes les symptômes caractérisant la maladie. La diarrhée-vomissement, la perte d'appétit, la maigreur sont les termes très souvent cités lors des discussions pour caractériser le marasme.

L'enfant au gros ventre, les œdèmes, la peau desséchée et pliée sont rarement évoqués comme signes de la malnutrition. Ceci justifierait le recours aux pratiques traditionnelles (scarifications, brûlures, etc...) effectuées lors de l'apparition des œdèmes chez certains enfants. La connaissance des signes du kwashiorkor est limitée.

Par ailleurs, les causes de la malnutrition les plus souvent citées par les mères sont la faim et le sevrage. Le manque d'hygiène n'a aucunement été évoqué. La connaissance des causes de la malnutrition est limitée

3.2. Connaissance de l'existence des programmes

La connaissance de l'existence du programme est assez répandue mais ces objectifs et modalités ne sont pas toujours clairement compris. L'augmentation de la couverture en CNA, l'attrait de la ration de protection, les sensibilisations à travers des messages radio par ACF et UNICEF sont autant de facteurs qui ont contribué à améliorer la connaissance du programme dans les communautés.

Cependant la DSR a récemment uniformisé les jours de CNA dans les CS situés dans la même zone géographique. Ce changement du jour de CNA a entraîné une confusion au niveau des bénéficiaires dans les communautés visitées. Les femmes bénéficiaires ont été informés par le RCS des nouveaux jours de CNA pendant les séances de distribution CNA.

3.3. Stigmatisation

La stigmatisation liée à la MAS est réduite grâce à l'augmentation du nombre de CNA, des activités de sensibilisation, l'obtention de l'ATPE et des rations de protection de part la sécurisation alimentaire et nutritionnelle qu'ils offrent aux bénéficiaires.

Au cours de l'enquête qualitative, les communautés visitées affirment ne pas avoir connaissance de cas de maman qui aurait refusé de faire dépister son enfant.

Le staff des CS affirment que le nombre croissant de mamans venant pour un dépistage spontané de leurs enfants dans l'espoir de ne « pas repartir les mains vides », témoigne de ce que la perception de la malnutrition vue comme mythe/tabou est en régression.

Cependant, il importe de signaler qu'en milieu urbain à Moussoro, le phénomène de stigmatisation existe et est lié à la notoriété du ménage. Les mères refusent de présenter leurs enfants au CNA pour ne pas être perçue comme nécessiteuse alors que appartenant à une famille de classe économique moyenne ou supérieure.

3.4. Comportement de recours aux soins

3.4.1. Décision

La décision d'un recours aux soins traditionnels ou au CS est essentiellement soumise à l'approbation du chef de ménage. En cas d'absence, c'est un oncle paternel ou un autre homme de la famille qui doit donner son aval. Les visites hebdomadaires au CNA ne sont souvent pas soumises à l'approbation du mère. Toutefois, la mère informe son époux qu'elle se rend au CNA pour le suivi de son enfant.

Quant au CNT, le cas de refus de transfert sont fréquents principalement à cause du coût d'opportunité du séjour au CNT (prise en charge des autres enfants, de l'époux, le ramadan, la tabaski, etc...). Le système de transfert offert par ACF et IRC aux CS qu'ils appuient permet d'assurer une gratuité de la prise en charge (PEC) du cas MAS avec complications. Les hommes du ménage de l'enfant sont donc informés par les agents d'ACF ou les RCS. Malgré ces conditions, les refus de

transfert au CNT sont toujours existants. Au cours de la phase qualitative, une mère qui a refusé le transfert au CNT de Moussoro depuis 3 semaines à cause de la fête de la tabaski, a finalement accepté de s'y rendre suite à l'intervention de l'enquêteur traducteur. Des statistiques de refus de transfert ne sont pas disponibles pour permettre l'appréciation de ce phénomène.

3.4.2. Itinéraire thérapeutique

Le recours aux pratiques de soins à domicile à partir de pratiques traditionnelles (scarification, ablation de la lulette, arrachage des dents, etc) ou à l'aide des médicaments obtenus chez les vendeurs ambulants (docteur choukou) est la première option. D'autres bénéficiaires associent les visites chez les marabouts lorsque l'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas et que l'origine de sa maladie est inconnue. C'est lorsque tout va mal que le recours aux CS se fait avec la présentation d'un enfant en état de maladie avancée, particulièrement dans les CNT où les enfants subissent des pratiques comme l'ablation de la lulette, les brûles de l'anus, etc... Une enquête effectuée sur les admissions dues aux pratiques traditionnelles révèle que sur 20 admissions en août 2011, 14 enfants étaient scarifiés, 17 avaient subi l'arrachage des dents et 15 l'ablation de la lulette.



3.5. Implication des personnes clés

Le dispositif de la mobilisation communautaire a permis une implication de la majorité des personnes clés: les autorités administratives locales, traditionnelles et religieuses ont été ainsi informées de l'existence et des objectifs du programme, et leur participation a été sollicitée pour favoriser une bonne diffusion des messages et faciliter l'acceptation et le recours au service

Les chefs de village inclus dans le dispositif de la mob com sont directement impliqués dans le choix des RV

Par son travail de formation et de sensibilisation de groupes d'hommes et de femmes, la PS joue un rôle important mais cependant limité aux CNA appuyés par ACF. Les matrones des villages concernés sont également impliquées dans les activités de la PS et bénéficient de formation. Elles sont chargées de transmettre ces messages aux mères dans leur village respectif à travers des séances de sensibilisation de masse ou à domicile ou encore au CS.

Les chargés de la réalisation des pratiques traditionnelles (ablation de lulette, arrachage de dents, etc...) ne sont quant à eux pas impliqués à aucun niveau (ni la PS ni la Mob Com), favorisant ainsi l'ignorance de l'impact de ces pratiques sur la santé des victimes.



3.6. Barrières à l'accès

Parmi les barrières citées par les mères dans les communautés visitées et celles interrogées dans les CNA, la distance et le rejet constituent l'une des principales raisons de la non fréquentation des CS. Il est une remarque générale que les mères situées à une distance supérieure ou égale à 10km soit plus de 2heures à dos d'âne fréquentent moins les CS de leur ZR, du moins expriment cette difficulté pour celles que nous avons visitées au cours de nos investigations.

En ce qui concerne les différents acteurs directement ou indirectement impliqués dans la PEC, les raisons citées sont diverses. Il s'agit entre autres de l'ignorance des signes de la malnutrition, la distance, les rejets, l'accueil et du temps d'attente dans le CS.



3.7. Perception du CS

Les mères interviewées au CS et dans les villages affirment qu'un bon traitement au CS leur est offert et qu'elles trouvent satisfaction lorsqu'elles y font recours. Pour d'autres femmes, le refus d'admissions de leurs enfants constitue une raison suffisante pour justifier de la mauvaise réputation du CS. C'est le cas de Dodoula 1 dans la ZR de Michemiré où les femmes affirment que leurs enfants ont été rejetés bien qu'ils sont malades. Dans certains CNA surtout ceux non appuyés par ACF, l'accueil et la qualité douteuse de la prise en charge sont des facteurs qui affectent négativement la perception des CS. Les mères males accueillies et ne recevant qu'une partie de la quantité requise de plumpy nut pour le traitement de leur enfant, préfèrent s'orienter vers d'autres CNA, en l'occurrence ceux supportés par ACF.

La perception des CS comme centres de distribution par certains bénéficiaires n'est pas à ignorer. Certains RCS sont parfois contraints par les leaders de communautés de donner de la ration de protection ou du CSB aux mères qui sont venues mais dont les enfants ne vérifient pas les critères d'admission au CNA ni au CNS au risque de voir la fréquentation de son centre diminué. Un travail de sensibilisation des bénéficiaires directs et indirects est donc indispensable afin d'expliquer les objectifs, les modalités et le mode de fonctionnement des centres de PEC de la malnutrition.

En ce qui concerne l'organisation les jours de CNA les anciens sont prioritaires sur les nouveaux à moins d'un cas d'un enfant dont l'état de santé est apparemment critique.

3.8. Cas guéris

Les cas guéris, particulièrement ceux référés au CNT constituent un bon exemple pour les mamans.

Aujourd'hui, la PEC au CNT est gratuite et ne limiterait pas les refus de transfert au CNT des cas MAS avec complications.

3.9. Rations de protection

Des rations de protection sont offertes aux mères des enfants admis au CNA dans le but de protéger l'ATPE destiné à l'enfant. Elles constituent une motivation qui stimule les mamans et favorise le suivi hebdomadaire de leurs enfants. De plus, elles constituent un attrait pour les mères dont les enfants ne vérifient pas les critères d'admission au CNA et donc affecte positivement le dépistage spontané les jours de CNA. Elles justifiaient le fait que des mères parcourent spontanément des kilomètres pour faire dépister leurs enfants.

Une comparaison avec les admissions des CNA non supportés par ACF révèle des effectifs supérieurs dans les CNA supportés par ACF donc fournissant des rations de protection aux bénéficiaires. Ceci témoigne de l'attrait que constitue la ration de protection.

Malgré le mécontentement des bénéficiaires suite à la réduction de moitié des céréales données aux mères survenue en décembre 2010, au changement des céréales (riz à maïs) en Janvier 2011 et à la mauvaise qualité des rations offertes, les admissions au CNA ne semble pas avoir été autrement impactées (figure 9).

Les ruptures de stock de ration de protection, sont également moins fréquentes. Cependant des ruptures de durée variable allant d'une semaine à un mois ont été observées dans certains centres mais ne semblent pas avoir significativement impactées les admissions.

3.10. Conflits intercommunautaires

Comme un peu partout au Tchad des conflits existent dans les ZR du département du BeG sud et affectent d'une manière ou d'une autre la couverture et l'accès et la fréquentation des CS.

Les femmes venant de Mouzragué se font lyncher par les femmes de Mouzragui lorsqu'elles se rendent dans le CS de Mouzragui situé à moins de 5km. Elles sont donc contraintes de se rendre au CS de Biligoni situés à environ 7km pour pouvoir accéder aux soins. Ce conflit aurait des causes anciennes qui renvoient à la jalousie entre frères.

Dans la ZR de Fassalajoul, les villages Fassalajouli et Fassalajoul sont en conflits pour des raisons politiques de disputes de ouaddi. Ainsi les femmes de Fassalajouli préfèrent se rendre à kamkalaga une ZR mitoyenne pour accéder aux soins.

4. Centre de Santé

4.1. Dépistage systématique

Le dépistage systématique des enfants de moins de cinq ans est instauré comme routine dans les CS du moins ceux abritant un CNA mais n'est pas pratiqué dans la plupart des CS.

Une fois les enfants dépistés, les mères sont orientées vers le CNA, CNT ou CNS en fonction de l'état nutritionnel de l'enfant. Les erreurs de dépistage et d'orientation ne manquent pas. Des admissions par complaisance sont également signalées dans certains CS.

4.2. Ruptures de stock

Mis à part l'ATPE et les rations de protection, les mères reçoivent hebdomadairement un pain de savon pour nettoyer les mains avant la consommation de l'ATPE ; et une moustiquaire à la décharge de l'enfant. Les ruptures en ATPE et en médicaments systématiques sont moins fréquentes et de durée très courte, ceci depuis que Unicef a mis à disposition un logisticien spécialement chargé de l'approvisionnement des centres nutritionnels en Plumpy Nut. ACF assure au besoin le transport de la quantité de Plumpy Nut nécessaire le jour du CNA. En ce qui concerne les médicaments systématiques, ACF fait parfois des dotations à la DSR lorsque les dates d'expiration sont proches (3 mois). Tout ceci concourt à limiter les ruptures de stock d'intrants dans les CNA.

4.3. Sensibilisation des mères

La PS contribue à la sensibilisation à travers ces différentes activités. Au niveau des CS, les bénévoles et ou le RCS sont formés sur les messages de sensibilisation à diffuser à l'accueil avant le démarrage des activités de CNA. De plus IRC intervient également lors de ces séances de sensibilisation. Des matrones sont également formées et sont chargées en retour d'assurer la sensibilisation dans leur village respectif.

Les interventions de la PS au CNT sont aussi orientées vers la sensibilisation des mamans dont les enfants sont pris en charge. Elle est assurée par une travailleuse psycho sociale native du milieu facilitant ainsi le contact et les échanges avec les mères.

Globalement il importe de signaler qu'un manque de communication aux mères sur les critères d'admissions et les modalités des différents programmes. Ceci participe à accroître le mécontentement en cas de rejet. Le manque d'information se trouve donc au niveau des personnes influentes qui bien qu'informées de l'existence des programmes n'en comprennent pas toujours les modalités et ne sont donc pas capable de relayer les bonnes informations.

4.4. Qualité de la PEC

La qualité de la PEC dépend essentiellement de la compétence et de l'implication du staff. Malgré les multiples supervision/formation hebdomadaires effectuées par les équipes du programme Nut, la qualification du staff composé d'un nombre important de bénévoles restent à améliorer. Des insuffisances sont ainsi notées au niveau des critères d'admission et de décharge, de la détection des œdèmes qui n'est pas systématique, du test d'appétit qui manque de suivi, etc. Le remplissage des registres doit être amélioré et les sorties systématiquement reportées afin de rendre les données fiables et plus exploitables. Pour preuve dans les registres de suivi, les mesures anthropométriques d'admission de plusieurs enfants ont été mal reportées entre la première page et la 2è page, posant ainsi la question de la fiabilité des données. Des enfants non répondants continuent d'être suivis. Le traitement systématique recommandé dans la prise en charge des enfants aux CNA n'est pas toujours respecté. De plus certains RCS priveraient des bénéficiaires des quantités d'ATPE requises pour leur enfant.

4.5. Connaissance du rôle des rations de protection

Dans certains CS, le staff ignore les vraies raisons de l'octroi des rations de protection aux mères d'enfants admis au CNA. La communication sur le rôle/l'utilité des rations de protection est donc mal assurée et/ou inexistante dans certains cas. Ceci entraîne une incompréhension au niveau des mères et suscite certes une augmentation de la fréquentation des CS mais aussi un mécontentement des mamans dont les enfants sont rejetés.

4.6. Personnel additionnel

ACF a procédé à partir de mai 2010 au renforcement de certains CS en recrutant des infirmiers et agents techniciens de santé additionnels pour améliorer la qualité de la PEC, l'organisation des CNA et pour assurer la présence d'un personnel qualifié en l'absence du RCS. Vingt et un staffs additionnels ont été ainsi recrutés et mis à la disposition de la DSR et 14 sont à ce jour répartis dans les CNA et CNT situés dans la zone cible de cette investigation.

De plus des bénévoles de la communauté ont bénéficié de formation assurée par ACF et UNICEF en 2010 et aident aux activités des CNA. Certains bénévoles du CNA bénéficient notamment ceux à la distribution des rations alimentaires d'un contrat vivres contre travail avec le PAM et dans ce cadre reçoivent des vivres alimentaires pour le travail qu'ils effectuent dans les CNA. D'autres bénévoles notamment ceux en charge de l'accueil et des mesures percevaient jusqu'à il ya un an, une indemnité payée par UNICEF.

4.7. Organisation des activités

Les grandes étapes des activités au CNA se résument comme suit : accueil (eau sucrée, IEC) - mesures anthropométriques - test d'appétit - consultation médicale - rations de protection, savons et motivation (moustiquaires) au besoin. Dans les CNA visités, cet enchaînement n'est pas toujours assuré. L'eau sucrée fait défaut et même si elle est disponible les mères ne sont pas sensibilisées sur l'importance de son utilisation. Les salles de consultations sont dans certains centres bondées de mamans pressées de passer leur tour. L'ordre d'arrivée n'est parfois pas respecté entraînant des frustrations de la part des mamans. A titre illustratif, il a été remarqué que les anciennes admissions sont souvent prioritaires sur les nouvelles admissions. Certaines activités sont omises en fonction de la charge de travail, de manque de matériels / moyens et de staff.

Cette organisation des jours de CNA serait essentiellement due à l'organisation spatiale des bâtiments du CS qui ne répondent pas systématiquement au circuit théorique d'un CNA, elle reste de ce fait à être améliorée.

4.8. Appréciation du volet PS

La PS jouit d'une bonne réputation de la part du personnel des CS. Elle forme et supervise les aides ou RCS en matière de sensibilisation. De plus, les RCS affirment avoir vu le nombre de femmes venant pour les CPN et les MCHN augmenter suite à l'intervention de la PS. De plus, les infirmiers du CNT reconnaissent et encouragent l'intervention de la PS.

4.9. Nomades

Les nomades constituent une problématique importante dans la prise en charge de la MAS compte tenu de leur caractère non sédentaire et de l'imprécision des parcours de transhumance qu'ils empruntent.

Les admissions de cas MAS issues de familles nomades ne rencontrent pas de réticence de la part des RCS. Ces admissions varient suivant les mouvements de transhumances basés sur l'alternance des saisons¹². Les CNA visités avaient encore en charge 0 à 10 enfants de familles nomades en fonction de leur localisation géographique.

5. Distribution spatiale

5.1. Homogénéité des ZR

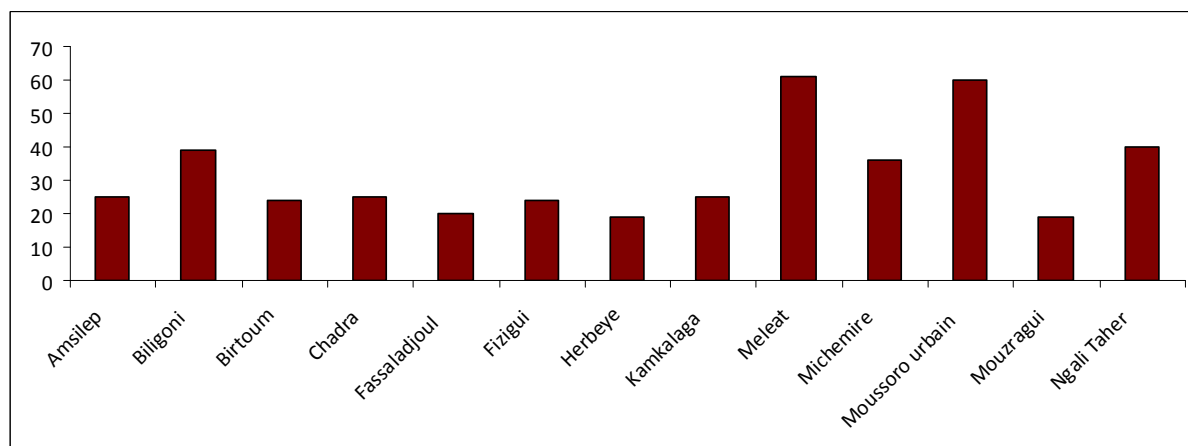
On observe une relative homogénéité dans la taille et le nombre de villages des ZR, ce qui facilite l'organisation des activités de mobilisation communautaire.(figure 13).

La ZR de Meleat reste une importante ZR en terme de taille parce qu'elle constitue la dernière ZR au sud de la région. Une nouvelle zone de responsabilité mitoyenne est en perspective d'ouverture d'ici la fin de l'année. Quant à Moussoro, elle a récemment bénéficié de l'ouverture d'un second CNA, mais la répartition en termes de nombre de villages ou quartiers reste jusqu'à présent imprécise.

Il faut signaler que l'attribution des villages à des ZR reste à être améliorée puisque des mères venant de certains villages sont renvoyées vers l'un ou l'autre des CS de 2 zones mitoyennes.

¹² Camara F. (2011). Enquête nutritionnelle en milieu pastoral, Département du Bahr El Ghazal Nord, Région du Bahr El Ghazal, Tchad avril-mai 2011, 59p

Figure 12 : Nombre de villages par ZR (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



5.2. Augmentation du nombre de CNA

L'ouverture d'un CS est toujours associée à la capacité du CS à prendre en charge les cas MAS sévères ou modérés. Ainsi tout nouveau CS ouvert par la DSR dispose automatiquement d'un CNA et d'un CNS. Cependant la qualité de la formation initiale des RCS et le faible accompagnement de ces nouveaux CS est à améliorer.

En 2010, la région du BeG disposait de 26 CNA. En novembre 2011, 5 nouveaux CNA ont été ouverts et 2 sont en attente d'être opérationnels d'ici la fin de l'année.

6. Personnel ACF

6.1. Relation avec personnel des CS

En dépit du fait que les superviseurs sont souvent perçus comme des contrôleurs leur relation avec les RCS sont bonnes. Depuis qu'ACF s'est davantage impliqué dans la collecte des statistiques hebdomadaires, le suivi des activités au CNA, les RCS disent avoir remarqué une amélioration de la qualité du travail. Ils sont reconnaissants de cet appui, et de ce support technique, matériel qu'apporte ACF à la délégation pour la santé des communautés.

Par ailleurs ils reconnaissent que la tâche n'est pas aisée et que le soutien permanent d'ACF leur permettra d'améliorer leur prestation à l'endroit des populations.

6.2 Relation avec la communauté

ACF bénéficie d'une bonne réputation dans la communauté et auprès des autorités locales. elle a récemment reçu la visite du nouveau gouverneur, Les représentants de ACF à Moussoro ne cessent en retour de lui rendre visite et de contribuer de leur possible (appui logistique) aux activités dans la région, notamment les campagnes de vaccination.

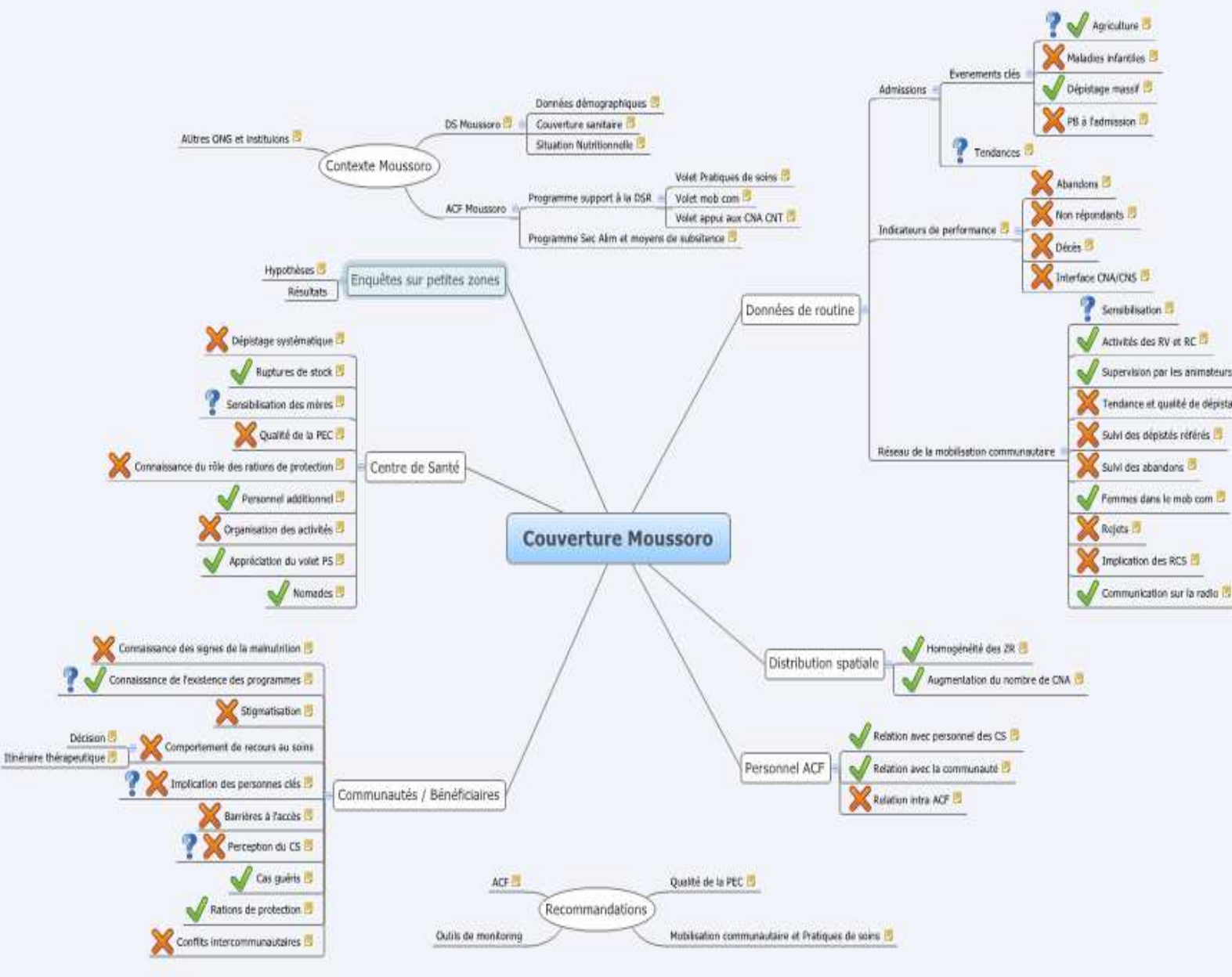
6.3 Relation intra ACF

Les relations entre les différents volets sont sporadiques voire quasi inexistantes. Il n'existe pas de cadre d'échange formel pour discuter de l'avancement, des difficultés spécifiques à chaque programme et/ou communautés, malgré l'intervention des équipes PS dans les CNA au niveau de la sensibilisation et du suivi des mères au CNT, les échanges sont juste superficiels.

Il importe de signaler qu'une rencontre mensuelle inter programme dénommée "réunion des chiffres" avait été initiée en août, septembre et octobre 2010. Elle s'est arrêtée sans raisons pertinentes.

Aujourd'hui, les seuls échanges mentionnés sont ceux de la Mob Com vers la Nut à la recherche de statistiques d'admissions. .

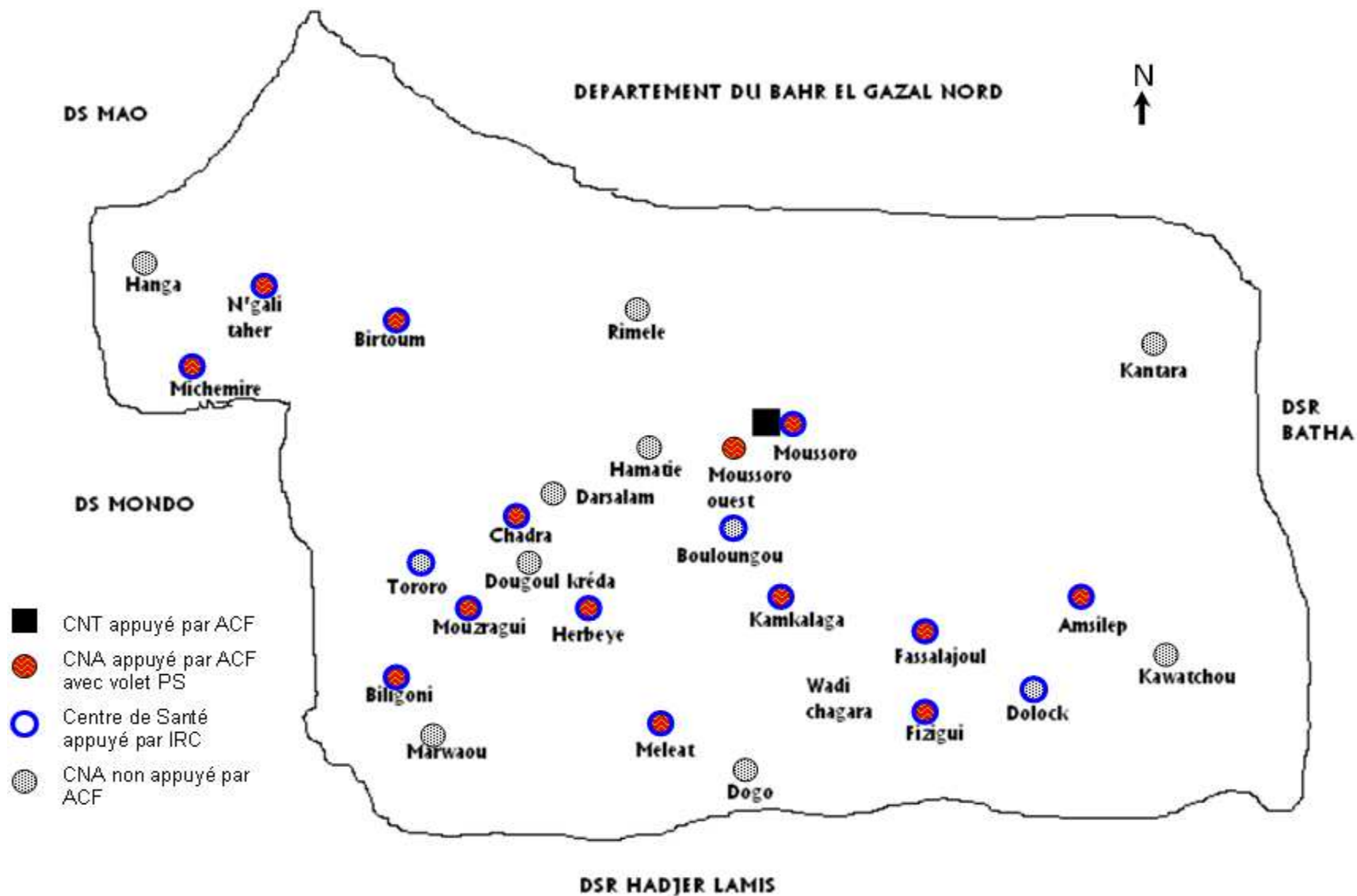
Figure 13 : Mind map sur la couverture du district sanitaire de Moussoro, (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



Annexe 4 : Points attribués au facteurs positifs / négatifs influençant la couverture et l'accessibilité

	Facteurs positifs	Points	Facteurs Négatifs	Points
Admissions	- Adéquation avec le calendrier agricole et les événements clés	3	- Inadéquation avec la saisonnalité des maladies infantiles	4
	- Gratuité du traitement	3	- Capture tardive des enfants (PB à l'admission)	4
	- Acceptation des nomades au programme	2	- Distance	3
Indicateurs de performance	- Amélioration de la fiabilité des données de décharges et identification des abandons	2	- Proportion élevée de non répondants et d'abandons	2
Réseau de la Mob Com	- Implication croissante des femmes dans la Mob Com	2	- Erreur de référencement → rejet	5
	- Amélioration des taux de référés venus au CS	3	- Implication limitée des RCS et des personnes clés au niveau des communautés	3
	- Communication sur la radio FM de Moussoro	2	- Absence de système de suivi des abandons/dépistés/ non répondants	4
Communautés/ Bénéficiaires	- Connaissance des signes du marasme	2	- Absence de l'implication des personnes chargées de la réalisation des pratiques traditionnelles	5
	- Connaissance de l'existence du programme	2	- Connaissance limitée des signes du kwashiorkor	5
	- Bonne influence des cas MAS guéris	2	- Conflits d'intérêts dans les villages / refus de pratiques de soins modernes	2
			- Recours aux pratiques et soins traditionnels	5
Centre de santé			- Stigmatisation prononcée en milieu urbain	2
	- Personnel additionnel	3	- Manque d'information / d'explication aux bénéficiaires	4
	- Ruptures de stocks limitées	4	- Absence de dépistage systématique	3
	- Rations de protection, Plumpy nut, savons, moustiquaires	4	- Mauvaise perception des CS	3
Personnel ACF	- Appréciation du volet PS	2	- Nombre limité de compétence locale qualifiée	3
			- Faible Accompagnement des CNA par la DSR, en particulier des nouveaux CNA non ACF	3
	- Fréquente supervision/formation de l'équipe Nut	2	- Absence d'interface d'échange entre les 3 volets du programme (support technique à la PEC de la MAS / Mob com / PS)	3
Distribution spatiale				
	- Augmentation de la couverture en CNA par la délégation (CNA non supportés par ACF)	3		
	- Uniformisation des jours de CNA et CNS par zone	2		
	- Relative homogénéité des ZR	2		
		2		
Total		45		63
	Ajout à la couverture minimale (0%)	45	Soustraction de la couverture maximale (100%)	37

Annexe 5: Carte du District sanitaire de Moussoro, BeG sud (District sanitaire de Moussoro, BeG sud, Novembre 2011)



Agenda des activités

Date	Activités
19.10.2011	Voyage Mao-Moussoro
20.10.2011	Entretien avec PM Nut, Assistant PS et Mob Com
21.10.2011	Présentation aux autorités administratives et locales Groupe de discussion avec animateurs Mob Com Entretien avec un superviseur Nut
22.10.2011	Entretien Adjoint Pm Food Sec, Assistant PM Nut Entretien Point Focal Nutrition et Responsable PEV – DSR BeG
24.10.2011	Groupes discussion superviseurs CNA Recrutement d'un traducteur
19-25.10.2011	Analyse données quantitatives Entretien avec les partenaires, institutions et ONG locales (UNICEF, PAM, FAO, ONDR, AIDER, etc...)
26-29.10.2011 31.10-2.11.2011	Collecte données qualitatives sur le terrain (histoire de cas des bénéficiaires du CNT, discussions de groupes avec des mères dans les CNA et dans les villages, histoires de cas, entretiens avec les RCS et le staff des CS, discussions avec des leaders de communautés, les RC et RV, etc...) Entretien avec le chef d'antenne DSR BeG
2.11.2011	Elaboration des hypothèses Préparation des formations Recrutement des enquêteurs
3.11.2011	Formation staff ACF Moussoro
4, 14, 25.11.2011	Point d'étape avec staff ACF Moussoro
5.11.2011	Formation des enquêteurs
6-8.11.2011	Analyse données quantitatives Préparation enquêtes sur petites zones Cartographie
9-12.11.2011	Enquêtes sur petites zones Saisie des données terrain
13-15.11.2011	Analyse des données d'enquêtes sur petite zones Préparation enquêtes sur grandes zones Poursuite de la cartographie Entretien avec le MCD BeG
16-20.11.2011	Enquêtes sur grandes zones Saisie des données terrain
21-22.11.2011	Analyse des données terrain Restitution CMN et référent Nut
23.11.2011	Restitution écrite à la DSR BeG
25.11.2011	Voyage Moussoro-N'djaména
05-08.11.2011 12-15.11.2011 22-24.11.2011 28.11-01.12.2011	Rédaction du rapport SQUEAC Moussoro Draft 1 du rapport SQUEAC