

VALID



Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC)

Province de la Tapoa

17 Février au 22 Mars 2010

Allie Norris
Valid International
allie@validinternational.org

Sommaire

Abréviations	3
Remerciements	3
Résumé.....	4
1. Introduction.....	5
1.1 Contexte.....	5
1.2 Objectives	6
1.3 Formation	6
1.4 Définition d'un cas.....	6
1.5 Facteurs pertinents au déroulement du SQUEAC	7
2. Méthodologie	7
2.1 Première Etape: Développement de la Probabilité à Priori	8
2.1.1 Analyse des Données de Routine.....	8
2.1.2 Collecte des Données Qualitatives	9
2.1.3 Enquêtes sur des petites zones.....	9
2.1.4 Mind mapping.....	10
2.1.5 Développement de la Probabilité à Priori	10
2.2. Deuxième Etape: Construction de l'Evidence Vraisemblable	11
2.3 Troisième Etape: Production de la Probabilité à Posteriori.....	11
3. Résultats.....	12
3.1 La Probabilité à Priori.....	12
3.1.1 Contraintes.....	12
3.1.2 Mind Map (Schéma Visuel)	13
3.1.3 Valeur de la Probabilité à Priori	14
3.2 L'Evidence Vraisemblable.....	17
3.2.1 Résultats de l'enquête.....	17
3.2.2 Valeur de l'Evidence Vraisemblable	18
3.2.3 Raisons fournies par les cas non couverts	18
3.3 La Probabilité à Posteriori.....	19
3.3.1 Valeur de la Probabilité à Posteriori.....	19
3.4 La Formation du Personnel	20
4. Prochaines Etapes pour le SQUEAC	20
5. Conclusions et Recommandations	21
Références.....	23
Annexe 1: Rapport et Analyse XMind sur la couverture à Tapoa.....	24
Annexe 2: Collecte de données qualitatives Tapoa	37
Annexe 3: Questionnaire pour les accompagnantes/accompagnants des enfants (cas) PAS dans le programme.....	38
Annexe 4: Itinéraire	40
Annexe 5: Participants au SQUEAC.....	41

Abréviations

APDC	Association d'appui Pour le Développement durable des Communautés défavorisées
AS	Agent de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
COGES	Comité de Gestion
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
ESZC	Echantillonnage Systématique Zonal Centré
ICP	Infirmier Chef de Poste
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MSP	Ministère de Santé Publique
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
NAC	Nutrition Approche Communautaire
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PCMA	Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre Brachiale
PSP	Poste de Santé Primaire
PT	Poids/Taille
SQUEAC	Evaluation Semi-QUantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
UNICEF	United Nations Children's Fund
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène

Remerciements

Je tiens à remercier tous les participants au SQUEAC, surtout Sonde Egué, Bangou Motandi et Couldiati Joseph pour leurs efforts, leur intérêt et leur engagement à fond dans des circonstances difficiles. Je voudrais témoigner aussi ma reconnaissance au CMN, au Responsable du Programme Nutrition et au Responsable de Base de Diapaga et à l'équipe logistique pour leur appui tout au long de l'investigation.

Résumé

ACF intervient depuis 2008 dans la province de Tapoa au Burkina Faso. Le programme de nutrition, la PCMA, opérationnelle depuis février 2009, consiste en un appui a) aux structures sanitaires pour la mise en place du Protocole National de prise en charge de la malnutrition aiguë dans les CSPS et les CREN, et b) à la communauté par moyen de la NAC/les relais communautaires pour effectuer le dépistage des enfants malnutris. Plus d'un an après le démarrage des activités nutritionnelles, il a été jugé pertinent d'évaluer l'impact réel du programme avec une enquête de couverture. La population cible de l'investigation était uniquement les cas MAS et la nouvelle méthode SQUEAC a été sélectionnée.

SQUEAC est un outil qui permet de mieux comprendre le fonctionnement d'un service, d'identifier les barrières à son accessibilité et de trouver des solutions pour améliorer sa performance et ainsi augmenter le niveau de couverture.

Le SQUEAC se compose de trois étapes principales : 1) le développement de *la Probabilité à Priori* (une croyance sur la couverture), en fonction de l'analyse de diverses données (quantitatives et qualitatives), 2) la construction de *l'Evidence Vraisemblable* par moyen d'une enquête pour dépister les enfants sévèrement malnutris, et 3) la production de *la Probabilité à Posteriori* (l'estimation de la couverture globale) suite à la synthèse de toutes les connaissances sur la couverture.

A cause des insuffisances relatives aux données de routine, la qualité de l'évaluation pour le développement de *la Probabilité à Priori* et, par conséquent, la production de *la Probabilité à Posteriori* a été affectée. Toutefois la valeur d'une approche axée sur 'la recherche' plutôt que sur 'la collecte mécanique de données', la méthode utilisée par les enquêtes traditionnelles de couverture, a été démontrée par la profondeur et l'utilité des informations découvertes.

L'investigation a révélé une très bonne appréciation du service par toutes les personnes concernées (directement ou indirectement), et l'efficacité de l'influence des MAS guéris et également de la sensibilisation par la radio pour encourager la présentation de nouveaux cas. Toutefois un grand nombre de barrières et défis ont été identifiés qui ont fortement réduit le niveau de couverture globale. Les principales barrières sont : le fait que le PB n'est pas reconnu comme critère d'admission par les structures de santé, le rejet (et le manque d'explication du rejet), les ruptures de stock de l'ATPE, la prise en charge inadéquate, les problèmes liés à l'interface avec le programme PAM et la prise en charge des MAM, les mauvaises relations et l'incompréhension entre le personnel du CSPS et la NAC/les relais, la faible distribution spatiale des admissions, le manque de suivi des abandons/des transferts et la distance au CSPS. D'ailleurs, la compréhension de la malnutrition comme *mi ñaama* (grossesse rapproché), le recours à la médecine traditionnelle et la non autorisation du dépistage actif par les relais contribuent à la présentation tardive aux CSPS.

La Probabilité à Priori qui a été établie après l'évaluation de tous les facteurs positifs et tous les facteurs négatifs soulevés (il n'était pas possible d'inclure une analyse des données de routine), pendant la première étape était de 39%.

L'Evidence Vraisemblable a été calculé sur la base d'un échantillon de 42 enfants sévèrement malnutris trouvés dans 24 villages (3 avec relais), à travers les huit communes sanitaires. Deux mesures ont été utilisées pour exprimer la couverture probable : la Couverture Actuelle (qui ne mesure que les enfants qui sont sévèrement malnutris au moment de l'enquête) et la Couverture de la Période (qui inclut tous les enfants qui sont sous traitement : ceux qui sont sévèrement malnutris et ceux qui sont déjà en voie de guérison). Quatre enfants couverts et un seul enfant en voie de guérison ont été trouvés. Pour Tapoa ainsi les valeurs étaient de 9,5% (Actuelle) et 11,6% (Période). Les raisons principales fournies par les cas

non couverts étaient les suivants: méconnaissance de la malnutrition 82%, déjà admis au programme des MAM (PAM) 8%, le rejet 5%. Un seul enfant a déjà été admis au service, celui-ci l'avait abandonné parce que l'accompagnant pensait que le service ne pouvait pas aider son enfant.

La synthèse de *la Probabilité à Priori* et *l'Evidence Vraisemblable* a produit les estimations suivantes pour *la Probabilité à Posteriori* (la couverture globale) :

Couverture Actuelle : 21,8% (95% IC : 13.2% - 32.2%)
Couverture de la Période : 22,8% (95% IC : 14.4% - 33.2%)

Le niveau de couverture est très faible mais les résultats de cette évaluation (qualitatifs et quantitatifs), doivent servir de base pour la prochaine enquête. Il est toutefois important que les activités de collecte, d'analyse et de suivi étroit des données se fait régulièrement.

En général il semble que l'approche d'ACF a été peut être trop inflexible en ce qui concerne l'organisation du dépistage de cas au niveau de la communauté. Par contre, l'engagement du personnel de la MSP, les relations étroites entre les acteurs clés et le suivi efficace de la prise en charge de cas n'ont pas été assurés.

Afin d'améliorer la couverture la mise en œuvre des stratégies suivantes est important : a) renforcer les principes de la PCMA et la prise en charge correcte des enfants (l'approche recommandée sera d'engager l'appui technique de Valid International), surtout le respect des critères d'admission et de sortie, b) assurer l'explication claire du rejet, c) assurer un système fiable d'approvisionnement de l'ATPE, d) promouvoir le dépistage actif par les relais communautaires, e) renforcer les communications/l'interaction entre les divers acteurs (surtout entre le personnel du CSPS et la NAC/les relais, mais aussi entre ACF et le MSP), et les différents éléments de la PCMA (le service des MAS et le programme des MAM, et aussi le CSPS et le CREN, f) re-orienter la sensibilisation pour différencier le service des MAS du programme PAM et pour souligner les symptômes pour faciliter la compréhension rapide par la communauté.

1. Introduction

1.1 Contexte

ACF est présent dans la province de Tapoa, située à l'est du Burkina Faso, depuis février 2008. Le programme de nutrition d'ACF dénommé, 'Prévention et traitement de la malnutrition aiguë au Burkina Faso' a été établi suite aux résultats des enquêtes nationales qui montraient une augmentation continue dans le taux de la malnutrition dans une région où aucune ONG spécialisée n'était active. Au fond le programme vise à appuyer et à renforcer les capacités des acteurs déjà existant et oeuvrant dans le domaine. Les structures sanitaires de l'état sont ainsi les bénéficiaires directes du programme et l'objectif prioritaire d'ACF a été d'assurer la mise en place du Protocole National de prise en charge de la malnutrition aiguë dans 25 CSPS et 2 CREN dans la province. ACF a deux autres axes d'intervention complémentaires : la sécurité alimentaire et le WASH.

La couverture sanitaire reste faible dans la Tapoa, accentuée par un problème d'accessibilité géographique (surtout le problème de bas-fonds pendant la saison pluvieuse), et la faible fréquentation des CSPS due aux distances de parcours élevées et le recours à la médecine traditionnelle et à la géomatie.

Afin de décentraliser le travail des CSPS, créer un lien entre les communautés et les structures sanitaires et impliquer réellement la population locale, le concept de la NAC a été introduit au programme. Les séances de prévention, de sensibilisation, et de dépistage systématique de la malnutrition (MAS et MAM) sont organisées par des volontaires (relais communautaires) au niveau de la communauté. La NAC consiste en 20 grappes sélectionnées, selon les critères de vulnérabilité, en collaboration avec l'ICP et le COGES avec des relais communautaires dans un total de 169 villages à travers les 8 huit communes. En plus, un CNC a été implanté dans 5 zones et un partenariat établi avec l'APDC pour promouvoir encore la pérennisation des activités.

Plus d'un an après le démarrage des activités nutritionnelles, il a été jugé pertinent d'évaluer l'impact réel du programme et les stratégies mise en place par moyen d'une enquête de couverture. La méthode SQUEAC a été choisie pour cette évaluation. Ce rapport contient une description de la méthodologie, l'application pratique de l'approche dans la Tapoa et les résultats. Une analyse détaillée de tous les éléments de l'investigation se trouve en Annexe 1.

1.2 Objectives

L'objet principal était de fournir la formation au personnel d'ACF sur l'exécution d'une évaluation de couverture selon la méthodologie SQUEAC dans l'intention de renforcer le monitoring de routine et d'améliorer la couverture du programme de nutrition.

Objectifs spécifiques

1. Fournir une formation au personnel de l'ACF sur la méthodologie SQUEAC afin que l'équipe soit capable de reconduire une enquête de couverture
2. Estimer la classification globale de la couverture dans les zones cibles identifiées du programme
3. Identifier la distribution de zones de couverture élevée et de zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention avec une précision satisfaisante
4. Identifier les barrières à l'accessibilité du service PCMA en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants des enfants souffrant de malnutrition sévère identifiés pendant l'enquête et qui ne sont pas inscrits dans le programme
5. Émettre des recommandations en fonction des résultats de l'évaluation pour améliorer l'accessibilité au service PCMA et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme

1.3 Formation

La formation sur le SQUEAC se fait normalement en même temps que le travail au niveau du bureau et sur le terrain et au fur et à mesure de la conduite de l'investigation. La formation suit une approche participative axée sur la résolution des problèmes.

1.4 Définition d'un cas

Une enquête de couverture vise à identifier le nombre d'enfants sévèrement malnutri qui sont couverts (sous traitement), et par conséquent le nombre qui ne sont pas couverts et les raisons qui expliquent ce fait. La définition de *cas* qui sera utilisée au cours de l'investigation est importante. Généralement, un *cas* est défini comme étant « un enfant qui présente les critères d'admission au service de la PCMA » soit (et selon le Protocole National de Burkina de Mars 2007) :

Un enfant âgé entre 6 et 59 mois présentant au moins un de signes suivants :

- PB < 110mm et taille \geq à 65cm
- Oedèmes bilatéraux
- (P/T < 70%)

Généralement, pour des raisons tant pratiques qu'efficaces, le PB (et non pas aussi le P/T) est utilisé pour le dépistage d'enfants au niveau de la communauté pendant l'étape enquête.

La taille de l'enfant par rapport à son PB a été prise en compte même si cette mesure (\geq à 65cm) n'est plus spécifiée depuis la Déclaration Conjointe de 2007¹.

1.5 Facteurs pertinents au déroulement du SQUEAC

L'autorisation de mener l'investigation et suffisamment du temps pour faire l'analyse des divers éléments et la formation pratique des participants sont primordiales pour la conduite d'un SQUEAC. La disponibilité et l'exactitude des données de base sont également une condition préalable pour assurer la valeur et la qualité de l'investigation. Certaines difficultés ont été rencontrées à ce niveau (voir Sections 3.1.1 et Annexe 1), et bien que les constatations soient utiles pour ACF à l'avenir il n'est pas possible de négliger leur impacte sur le déroulement et les résultats du SQUEAC.

2. Méthodologie

L'outil pour l'*Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC en anglais) a été développé afin de fournir une méthodologie efficace et précise pour identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture. SQUEAC est une investigation plutôt qu'une enquête pure. Il permet de mieux connaître le fonctionnement d'un service et de découvrir les divers facteurs internes et externes qui influent sur la couverture.

SQUEAC est une évaluation 'semi-quantitative'. Deux types de données sont exploités : quantitatives (données de routine et données collectées pendant les enquêtes sur des petites et des grandes zones), et qualitatives (informations collectées de la part des différents informateurs au niveau de la communauté ou des acteurs impliqués dans le service). La méthode met l'accent sur la collecte et *l'analyse intelligente* de diverses données avant de procéder à l'étape enquête. Le SQUEAC permet ainsi d'apprendre beaucoup d'informations et de développer également les habilités tout au long du processus avant de réaliser les résultats.

Par rapport aux enquêtes traditionnelles de couverture (comme le ESZC), qui sont plutôt axées sur la collecte mécanique de données, le SQUEAC offre certains avantages. Premièrement la collecte de donnée quantitative est largement réduite parce que beaucoup est déjà compris et connu à propos du service avant de faire l'enquête sur le terrain. La meilleure compréhension sert également à faciliter l'interprétation des résultats. Deuxièmement le SQUEAC encourage la collecte et l'analyse de données pertinentes et la mise en place et le suivi régulier des systèmes pour assurer la bonne gestion du service. Troisièmement l'identification de barrières à l'accessibilité, la planification et la réalisation d'actions spécifiques pour améliorer la couverture sont possibles avec cet outil.

Le SQUEAC se compose de trois étapes principales :

- 1) le développement de *la Probabilité à Priori* (une croyance sur la couverture) en fonction de l'analyse de diverses données
- 2) la construction de *l'Evidence Vraisemblable* (les données quantitatives sur le nombre d'enfants couverts) par moyen d'une enquête
- 3) la production de *la Probabilité à Posteriori* (l'estimation de la couverture globale) suite à la synthèse de toutes les connaissances sur la couverture.

¹ CMAM, Joint Statement by the WHO, WFP, UN SCN, UNICEF May 2007.

Les éléments clefs de chaque étape du SQUEAC sont les suivants :

1. Développement de la Probabilité à Priori

- Analyse des données de routine
- Collecte et analyse des données qualitatives
- Analyse de la distribution spatiale et enquêtes sur des petites zones pour confirmer ou infirmer des hypothèses de couverture faible ou élevée
- Evaluation de tous les facteurs positifs et négatifs (les résultats de l'investigation sont regroupés sur un schéma visuel – un Mind Map) pour déterminer la croyance sur la couverture
- Production d'un graphique qui exprime la croyance sur la couverture (application de la Théorie Bayésienne des probabilités)

2. Construction de l'Evidence Vraisemblable

- Enquête sur une grande zone pour trouver le nombre total de cas MAS et le nombre qui en sont couverts en utilisant une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié

3. Production de la Probabilité à Posteriori

- Mise à jour de la croyance sur la couverture (synthèse de la *Probabilité à Priori* et l'*Evidence Vraisemblable*) pour produire l'estimation globale avec la calculatrice de Bayes

2.1 Première Etape: Développement de la Probabilité à Priori

Certains facteurs ont un effet positif et d'autres un effet négatif sur la couverture. La combinaison de certains facteurs peut également augmenter ou réduire plus fortement le taux de couverture². Au début de l'investigation ces facteurs et leur interdépendance sont inconnus. Ainsi l'analyse de chaque élément est important : les données de routine, les données qualitatives, la distribution spatiale et les enquêtes sur des petites zones. L'approche SQUEAC sert à faire ressortir et comprendre les facteurs pertinents et leurs effets. Puis leur évaluation contribue à développer une croyance sur la couverture avant de mener une enquête sur une grande zone.

2.1.1 Analyse des Données de Routine

Une analyse des données de routine est essentielle pour trois raisons: a) pour évaluer la qualité générale d'un service; b) pour voir si le service répond aux attentes selon les différents calendriers / le contexte; et c) pour identifier des problèmes liés au recrutement, à la prise en charge et à la durée de séjour de la population cible.

Les tendances des admissions et des indicateurs de performance au cours du temps sont les données les plus importantes. Une comparaison des tendances avec les calendriers saisonniers qui représentent les maladies d'enfants de moins de 5 ans et leur incidence mensuelle, les périodes de forte demande pour les travaux agricoles et la disponibilité alimentaire au cours de l'année permet de mieux apprécier les données.

En plus des informations sur les fiches de suivi comme la mesure du PB à l'admission, la distance au CSPS, la source de référence peuvent être exploitées pour évaluer le dépistage précoce, la distance maximale à parcourir et les voies de communication efficaces. Pour les abandons il est aussi important

² Si les enfants se présentent tardivement au CSPS, le risque de mortalité est plus élevé. Si les enfants meurent sous traitement l'image du service au niveau du village ne sera pas positive et ceci risque de décourager d'autres enfants à se présenter précocement.

de vérifier la mesure du PB au moment de l'abandon et le nombre de semaines sous traitement avant l'abandon. Ces informations permettent d'estimer le risque de mortalité au moment de l'abandon.

2.1.2 Collecte des Données Qualitatives

La collecte de données qualitatives a deux objectifs : il sert à mieux informer et expliquer les résultats de l'analyse des données de routine; il permet aussi de comprendre les connaissances, opinions et expériences de toutes les personnes / structures concernées par le service PCMA et d'identifier les potentielles barrières à l'accessibilité.

Les groupes informels de discussion, les entretiens semi-structurés et les entretiens sur l'histoire de cas ont été conduits avec a) les personnes directement impliquées ; telles que le personnel du CSPS, le personnel du Programme, les animateurs de la NAC, les Relais Communautaires et les mères des enfants et des abandons; et aussi avec b) les personnes indirectement concernés ; telles que les hommes et femmes et personnes clefs dans la communauté. Il est important de valider les informations par *différentes sources* et recueillies avec *différentes méthodes* pour assurer la triangulation. L'exercice se termine lorsqu'il y a *redondance* entre les informations recueillies à partir de différentes sources en utilisant différentes méthodes.

Le choix des CSPS à visiter a été fait selon les caractéristiques suivantes :

1. CSPS fréquenté / peu fréquenté
2. Accessibilité facile / accessibilité difficile
3. Population proche du CSPS / population dispersée ou éloignée du CSPS
4. Présence / absence de la NAC et des relais dans l'aire de santé

La décision a été prise de visiter les deux CREN.

Le choix des villages / communautés à visiter a été fait selon les critères suivants :

1. Distribution spatiale dans le district (nord / sud / est / ouest)
2. Proximité / distance d'un CSPS
3. Accessibilité facile / accessibilité difficile
4. Présence/absence d'un relais

2.1.3 Enquêtes sur des petites zones

Une analyse de la distribution spatiale des CSPS, des admissions, des abandons et des Relais Communautaires sur une carte géographique précise permet de voir s'il y a des variations géographiques dans la couverture : si la couverture est uniforme ou hétérogène à travers la province. Les provenances des admissions pour chaque CSPS et chaque CREN démontrent aussi la différence entre la zone d'intervention cible et la zone réelle d'intervention. D'ailleurs, l'analyse des provenances peut indiquer un lien potentiel entre le nombre et la distribution d'admissions ou abandons par village et la distribution des CSPS, la proximité au CSPS, ou la présence d'un relais.

En fonction de l'analyse de la distribution spatiale (et de la distribution de la population sur la province), les hypothèses de couverture 'élevée' ou 'faible' sont développées. Ensuite les enquêtes sur des petites zones sont menées pour confirmer ou infirmer ces hypothèses.

Une méthode active et adaptative est utilisée pour trouver les cas MAS pendant ces enquêtes.

Il n'est pas possible de faire une *estimation* de la couverture avec une enquête sur des petites zones parce que a) l'enquête est limitée, b) l'enquête est menée dans les zones où la couverture est supposée



être élevée ou faible ainsi l'échantillon n'est pas représentatif par rapport à l'ensemble de la zone d'intervention, et c) normalement l'échantillon sera trop petit pour estimer la couverture avec précision. Toutefois une *classification* de la couverture est possible. L'application de la technique LQAS permet de dire si la couverture dans ces zones est supérieure ou inférieure à un certain standard. En principe le Standard SPHERE de 50% pour un milieu rural est utilisé.

2.1.4 Mind mapping

Mind Mapping est une méthode qui sert à organiser les informations et à faciliter l'analyse d'une grande variété de données différentes (quantitatives et qualitatives). Un schéma visuel est créé sur papier. Les différents éléments de la première étape du SQUEAC qui sont importants pour développer *la Probabilité à Priori* (la croyance sur la couverture), y sont situés : l'analyse de données de routine, la distribution spatiale, les résultats de l'enquête sur des petites zones et du travail qualitatif avec la communauté, les mères des cas MAS, le personnel du CSPS, le personnel du programme, les relais, et les animateurs. Les facteurs pertinents pour la couverture (ex. compréhension de la malnutrition, connaissance de la PCMA, niveau de service, distance au CSPS, le rejet), qui sont soulevés pendant cette phase de recherche y sont regroupés au fur et à mesure. Ceci permet à l'équipe de revoir les informations collectées, d'orienter la recherche d'un jour à l'autre et de corriger, vérifier et raffiner les préconceptions au sujet des causes de couverture élevée ou faible de manière rotative.

Une évaluation est faite de chaque facteur selon son influence positive (augmente la couverture) ou négative (réduit la couverture).

Le schéma peut être saisi sur ordinateur avec le logiciel Xmind.

Un  indique un facteur positif et un  un facteur négatif. Le logiciel permet de mettre les commentaires et de joindre les graphiques et facilite aussi la production du rapport (voir Annexes 1).

2.1.5 Développement de la Probabilité à Priori

La théorie Bayésienne des probabilités permet de traduire numériquement toutes les connaissances et les informations sur la couverture qui ont été apprises pendant la première étape de l'investigation. L'évaluation des facteurs positifs et négatifs sert à développer une croyance sur la couverture qui peut être exprimée en pourcentage. Ce pourcentage représente *la Probabilité à Priori* (soit notre croyance sur le niveau de couverture), avant de faire une enquête sur des grandes zones pour dépister les enfants sévèrement malnutris.

Afin de calculer la *Probabilité à Priori* tous les facteurs sont regroupés, d'une part les positifs et de l'autre les négatifs. Chaque élément n'a pas le même impact sur la couverture ainsi un « poids » de 1 à 5 points est attribué à chacun des éléments et la somme des points est faite pour chaque catégorie.

Les résultats des enquêtes de couverture menées par Valid International au cours des dernières années indiquent que le niveau de couverture est peu probable en dessous de 20% ou au-dessus de 80%. La *Probabilité à Priori* est déterminée par l'addition de la somme totale des « points positifs » au niveau inférieur de 20% et par la soustraction de la somme totale des « points négatifs » au niveau supérieur de 80%. Le mode pour la *Probabilité à Priori* est calculé au mi-point entre les résultats de l'addition et de la soustraction.

Un nouveau logiciel (la calculatrice de Bayes) est utilisé pour créer une courbe sur l'ordinateur qui représente la *Probabilité à Priori* sur la couverture.

2.2. Deuxième Etape: Construction de l'Evidence Vraisemblable

La deuxième étape du SQUEAC est la construction de l'*Evidence Vraisemblable*. Une enquête sur une grande zone est menée pour trouver tous les enfants sévèrement malnutris et le nombre qui en sont couverts. Les résultats de cette enquête, les données quantitatives, servent à améliorer et à donner plus de force à la valeur de la *Probabilité à Priori*.

L'enquête utilise la même méthode active et adaptative pour la recherche des cas que les enquêtes sur des petites zones. Un questionnaire est fait avec les accompagnants des enfants qui ne sont pas couverts pour connaître les raisons pour lesquelles ces enfants ne sont pas sous traitement.

La méthode d'échantillonnage recommandée dans les enquêtes SQUEAC est géographique ; le principe est d'assurer que chaque zone soit représentée. Un Echantillonnage Aléatoire Stratifié est utilisé avec un choix systématique de villages dans chaque commune sanitaire. La taille de l'échantillon souhaitable est calculée avec l'aide de la calculatrice de Bayes. Il est toujours préférable d'avoir un échantillon assez important. Mais en fonction des contraintes pratiques et en utilisant la calculatrice il est possible de garder la même précision (95% Intervalle Crédible de +/- 10%), avec un échantillon moins important. Il faut souligner que la taille de l'échantillon souhaitable est déjà beaucoup plus petite que celle qui est nécessaire pour les autres enquêtes traditionnelles de la couverture (ESZC) où aucune analyse de données n'est fait et aucune croyance sur la couverture existe avant de faire l'enquête pour dépister les enfants.

Deux mesures : la *Couverture Actuelle* et la *Couverture de la Période* sont utilisées pour exprimer les résultats. La couverture *actuelle* représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui sont sévèrement malnutris. La couverture de la *période* considère tous les enfants qui sont présentement sous traitement et cela indépendamment de leur état nutritionnel actuel (les enfants qui sont sévèrement malnutris et les enfants en voie de guérison y sont ainsi inclut).

Les différents types de couverture sont calculés avec les formules suivantes :

$$\text{Actuelle} = \frac{\text{Cas MAS sous traitement au CSPS}}{\text{Tous les cas MAS (couvert et non couvert)}} \times 100$$

$$\text{Période} = \frac{\text{Tous les enfants sous traitement au CSPS}}{\text{Tous les enfants sous traitement au CSPS + cas MAS non couverts}} \times 100$$

Une deuxième courbe qui représente l'*Evidence Vraisemblable* est produit sur le même graphique que la courbe pour la *Probabilité à Priori* suite à la saisie des résultats sur la calculatrice de Bayes

2.3 Troisième Etape: Production de la Probabilité à Posteriori

La troisième étape du SQUEAC fournit l'estimation de la couverture globale. La synthèse de la *Probabilité à Priori* (la croyance sur la couverture), et l'*Evidence Vraisemblable* (les résultats de l'enquête sur une grande zone) sert à produire la *Probabilité à Posteriori*, soit l'**estimation de la couverture pour la province**.

Cette estimation, et la courbe pour la *Probabilité à Posteriori*, sont générées automatiquement avec la calculatrice de Bayes et un Intervalle Crédible à 95% à partir de la *Probabilité à Posteriori* est également calculé.

3. Résultats

3.1 La *Probabilité à Priori*

3.1.1 Contraintes

En principe une analyse des données est utile si les données elles-mêmes sont fiables et complètes. Des insuffisances graves en ce qui concerne les données de base ont certainement impacté sur le déroulement, l'analyse et les résultats du SQUEAC. D'ailleurs le temps nécessaire pour la collecte et vérification des données a eu pour résultat que moins de temps a été consacré au travail qualitatif, à l'évaluation de la distribution spatiale, à l'analyse approfondie et à la formation pratique des participants.

Données de Routine

L'investigation a révélé des insuffisances dans la collecte, l'enregistrement, la précision et la vérification des données de routine à tous les niveaux. A cause de ces insuffisances et des questions sur la fiabilité des données, il n'était pas possible d'inclure l'analyse de ces éléments clés dans le développement de la *Probabilité à Priori*.

Un manque de corrélation a été constaté entre les statistiques dans les rapports, le nombre d'enfants inscrit dans le registre au niveau du CSPS, et le nombre de fiches de suivi réellement trouvées³. En plus le manque d'un système uniforme pour comptabiliser les transferts vers ou du CREN met la fiabilité du nombre de nouvelles admissions en question. D'ailleurs sans les chiffres exacts pour chaque mois une comparaison avec les calendriers saisonniers n'a aucune valeur.

En ce qui concerne les indicateurs de performance, l'absence d'information sur les sorties dans les registres, l'absence de fiches de suivi dans les CSPS, et des grandes différences entre le nombre d'admissions et le nombre de sorties enregistrés dans le rapport mensuel (CSPS et CREN) ont été repérés⁴. Lors des ruptures de stock de l'ATPE aucune information n'est fournie au district pour le mois par certains CSPS. Dans certains CSPS les enfants MAS sont considérés comme 'guéris' et transférés aux MAM dès qu'ils ont atteint un P/T de 70%. L'objectif, de faire une comparaison des indicateurs avec les standards SPHERE et une analyse des abandons au cours de l'année n'a donc pas pu être réalisé.

Une analyse du PB à l'admission n'a pas été possible parce que cette mesure n'est pas utilisée au niveau des CSPS/CREN comme critère d'admission; en plus il manquait souvent des précisions sur le PT. A cause de l'absence des fiches de suivi une analyse de la durée du séjour des abandons, de la distance du village au CSPS et des voies de référence n'a pas pu se faire.

³ A titre d'exemple il y avait jusqu'à 19, 23 ou même 38 enfants de plus dans le registre du CSPS que dans le rapport, et 16 ou 21 abandons de moins et autant que 9 ou 11 abandons de plus. Toutefois il manquait la précision sur le sort de la plupart des enfants admis mais les fiches de suivi étaient souvent introuvables pour vérifier. La vérification des fiches trouvées a toujours montré une différence dans le nombre d'abandons par rapport au registre et le rapport.

⁴ A titre d'exemple pour un CSPS il y avait 69 admissions au cours de l'année mais qu'une seule sortie. Dans le registre il y avait 13 admissions de moins et 4 abandons mais le vrai sort des enfants reste inconnu, faute de fiche de suivi.

Collecte de données qualitatives

Moins de temps a pu être consacré à la collecte et l'analyse des données qualitatives à cause du temps nécessaire pour la collecte de données de base, comme les provenances, qui n'étaient pas disponibles au début de l'investigation. D'ailleurs le nombre d'accompagnants d'enfants interviewé était assez faible à cause des informations inexactes sur le jour de suivi au CSPS.

Analyse de la distribution spatiale

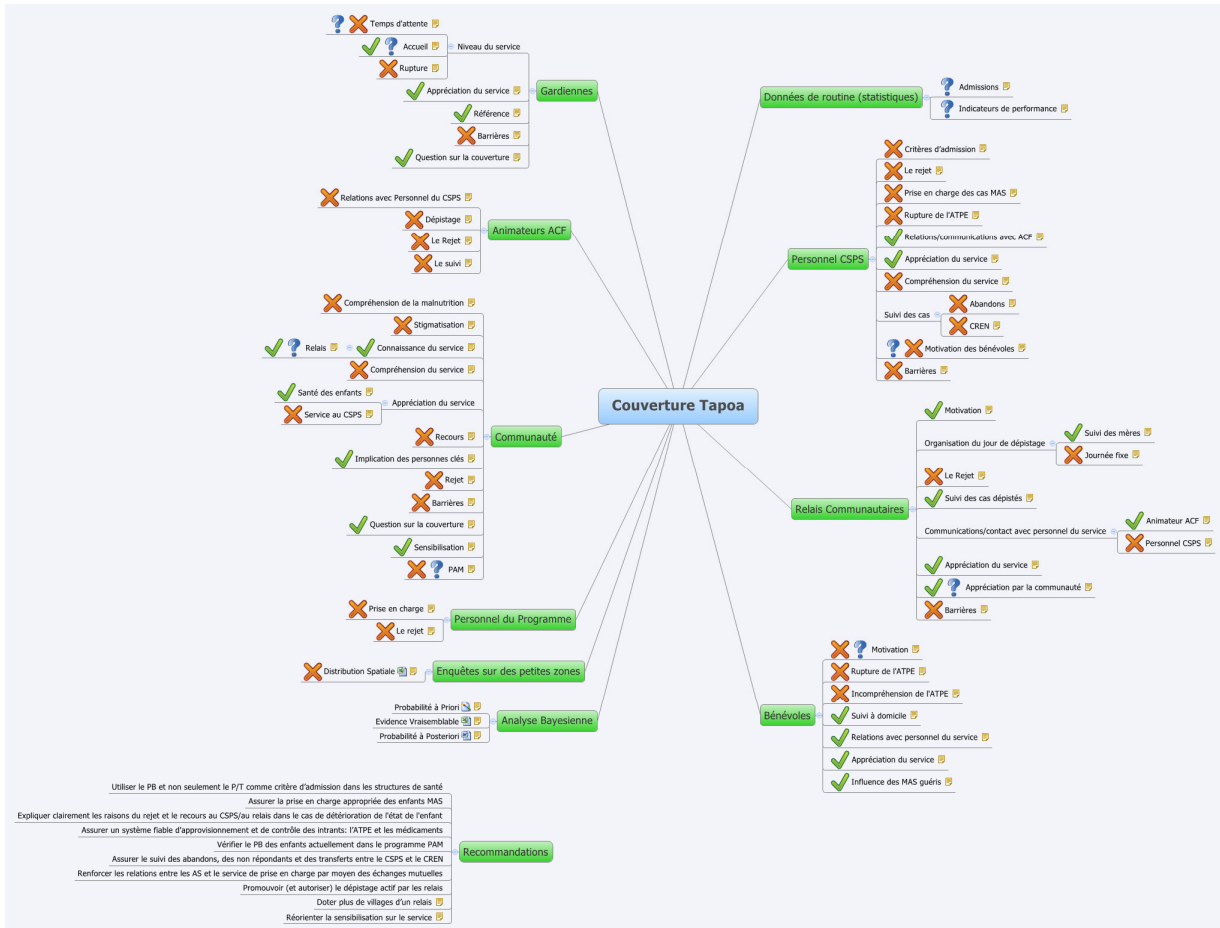
A propos de la distribution spatiale il n'était pas possible de la faire sur une carte géographique à cause a) des problèmes avec la précision des cartes et des informations sur la localisation des villages et les CSPS au début et b) du manque de temps pour le faire correctement. Une analyse de listes par aire de santé avec le nombre d'admissions par village, le nombre de relais par village, et la distance du village au CSPS (si information disponible) a été faite.

Les données collectées au niveau des CSPS / des CREN pour les admissions depuis le début du service en février 2009 ont été utilisées pour cet exercice. L'exactitude de ces informations n'était pas sûre. Une analyse spatiale des abandons n'a pas été possible à cause d'une absence d'informations précises. Les provenances exactes des admissions au CREN de Diapaga n'étaient pas connues, seul le nom du CSPS qui a référé l'enfant a été enregistré.

3.1.2 Mind Map (Schéma Visuel)

Le schéma visuel ci-dessous a été créé pour la Tapoa. Le schéma regroupe tous les éléments de l'investigation et tous les facteurs pertinents pour la couverture qui ont contribué à développer la *Probabilité à Priori*. Une analyse complète de tous les éléments se trouve en Annexe 1.

Figure 1 : Mind Map Couverture Tapoa



3.1.3 Valeur de la Probabilité à Priori

L'analyse de toutes les données recueillies pendant la première étape (à l'exception des données de routine, et compte tenu des limitations soulevées dans Section 3.1.1) a révélée les principaux facteurs suivants qui influent sur la couverture dans la Tapoa :

Facteurs Positifs

- Appréciation du service (enfants sauvés)
- Influence des MAS guéris
- Motivation des Relais
- Suivi des cas référés par le relais
- Sensibilisation par la radio
- Relais connu et actif et personnes clefs (chef) impliquées
- Dépistage passif régulier au niveau de la communauté
- Contact régulier et positif entre le Relais et l'Animateur d'ACF et le Personnel du CSPS et l'ACF

Facteurs Négatifs

- PB pas reconnu comme critère d'admission valable au CSPS/CREN
- Manque d'explication du rejet
- Ruptures de stock de l'ATPE (et aussi des vivres PAM)
- Prise en charge inadéquate
- Niveau du service au CSPS (surtout longues attentes)
- Interface avec et gestion du programme des MAM (PAM)
- Mauvaises relations entre le personnel du CSPS et la NAC/les relais
- Manque de suivi (abandons / non-répondants / transferts CREN)
- Non-autorisation de dépistage / référence en dehors des séances de dépistage fixes
- Compréhension de la malnutrition (*mi ñaama*)
- Stigmatisation
- Recours à la médecine traditionnelle / à la géomatie
- Méconnaissance du service
- Incompréhension du service (perçu comme distribution de vivres)
- Distribution spatiale défavorable
- Distance
- Problèmes d'accessibilité/bas-fonds surtout pendant la saison pluvieuse

Le service est très apprécié par les personnes directement impliquées dans sa mise en œuvre et également par la population qui a vu ses effets sur la santé et la vie des enfants. Les relais, et la séance de dépistage, sont connus dans leurs villages et un nombre de relais accompagnent les accompagnants au CSPS ou ils font le suivi des cas référés pour confirmer que les enfants se sont réellement présentés. La plupart des relais sont motivés et apprécient le contact avec ACF et les formations offertes, même si les besoins pécuniaires et des tensions avec certains membres de la communauté à propos de leur rôle ont été soulevés. L'efficacité des activités de sensibilisation, surtout par la radio, a été confirmée; celle-ci a pu toucher des communautés dans certains villages où la NAC n'est pas active.

Toutefois il est évident que les facteurs qui exercent un effet négatif sur la couverture sont plus nombreux et plus importants. Un nombre de problèmes liés à la compréhension et à la gestion du service au niveau des structures de santé ont été identifiés. La mesure du PB n'est pas utilisée par le personnel du CSPS/du CREN, celle-ci est considérée comme 'un test rapide de ratissage' et non pas comme un critère d'admission valable. Par conséquent un grand nombre d'enfants sont rejetés (les MAS aussi bien que les MAM), l'incompréhension existe entre les structures de santé et la NAC/les relais et un nombre de cas MAS ne reçoit aucun traitement ou ne reçoit que des vivres PAM qui ne sont pas adéquates. En plus la manière du rejet⁵ et l'explication fournie à la mère sont insuffisants. Le phénomène du rejet a été bien documenté et démontré comme raison importante pour les cas non couverts par d'autres enquêtes de couverture⁶. Le rejet d'enfants qui ont besoin du traitement (surtout si l'enfant a été référé), et aussi de ceux qui sont en bonne santé, sans explication adéquate sert à dissuader les parents à revenir si la condition de leurs enfants se détériore (et surtout dans ce contexte si la condition passe de MAM en MAS).

Le manque d'un système efficace d'approvisionnement et contrôle de stock a eu pour résultat les abandons (et peut être aussi les décès), au niveau de certains CPCS à cause de plusieurs ruptures de

⁵ Des carnets ont été jetés par terre et les tickets de référence ont été déchirés devant les mères dans certains CPCS.

⁶ Guerrero S. September 2007 'Impact on no-admission on CTC programme coverage' in *Field Exchange, Issue 31*

l'ATPE⁷. Le fait que le service est compris par le personnel, et ainsi aussi par la population, comme une 'distribution de vivres' a entraîné la mauvaise utilisation de l'ATPE. Il est distribué aux enfants MAM lors des ruptures de stock des rations sèches de PAM, aux autres enfants malades et même aux enfants en bonne santé.

L'investigation a mis en question la qualité de la prise en charge des enfants MAS (et aussi celle des MAM avec le risque que ces enfants se détériorent en MAS). La durée du séjour (et la fréquentation), préconisé par l'approche PCMA, les critères de décharge, le nombre de sachets appropriés et la prise régulière des mesures ne sont pas toujours respectés et le sort de l'enfant n'est pas toujours clairement indiqué ni sur la fiche de suivi, ni dans le registre, ni dans son carnet de santé. En ce qui concerne le niveau de service des longues attentes ont été constatées par les mères et bien que celles-ci disent que l'accueil est bon, elles admettent aussi que le personnel reproche les mères qui n'ont pas suivi les consignes.

La distribution des CSPS est faible par rapport à la surface de la province, aux distances à parcourir et aux problèmes liés à l'accessibilité pendant la saison pluvieuse. La distribution spatiale des admissions révèle un grand nombre de villages sans bénéficiaires (à peu près 40%) et encore plus sans relais (à peu près 65%). Même s'il y a eu des admissions des villages sans relais (plutôt des villages proche du CSPS), le fait que le dépistage et référence d'enfants par les relais ne sont pas autorisés en dehors de la séance de dépistage a pour effet que des enfants MAS restent non couverts.

Le terme utilisé pour décrire la malnutrition dans les sensibilisations, *ti jepoadi yianu* (manque de nourriture), n'explique pas la condition pour la communauté⁸. La stigmatisation associée au marasme dont les causes sont comprises comme les grossesses rapprochées (*Mi ñaama*), le recours à la médecine traditionnelle, le manque de moyens et l'incompréhension du service⁹ contribue à la présentation tardive au CSPS ou constitue même une barrière à l'accessibilité.

L'évaluation des facteurs positifs et négatifs a été fait avec les résultats suivants.

Equipe 1	-	41%
Equipe 2	-	37%

La moyenne des deux pourcentages a été utilisé pour la *Probabilité à Priori* : $41 + 37 / 2 = 39\%$

La calculatrice de Bayes a été utilisé pour créer un graphique. La courbe exprime la croyance sur la couverture à Tapoa. Cette croyance s'est basée sur l'analyse des données largement qualitatives facilité par l'exercice de Mind Mapping. Cette croyance – *la Probabilité à Priori* - a été établie avant de procéder à l'étape suivante; l'enquête quantitative sur une grande zone.

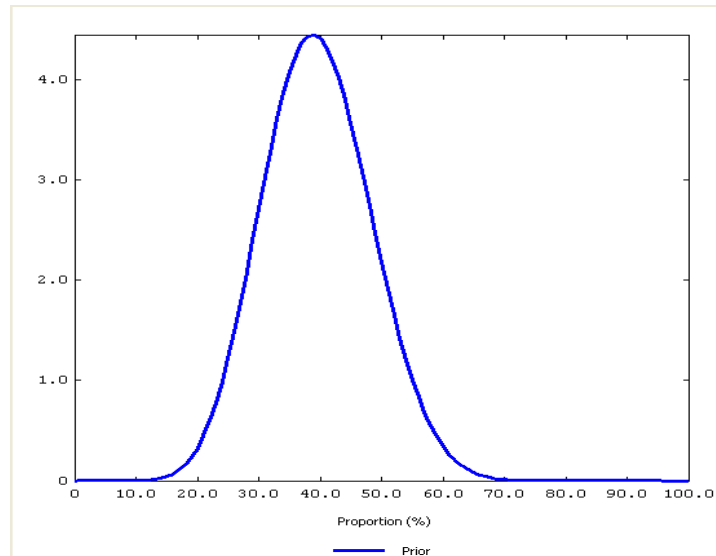
Valeur de la Probabilité à Priori : 39%.

⁷ Au moins trois CSPS étaient en rupture de stock lors de l'investigation.

⁸ Même du personnel au CSPS perçoit la malnutrition comme due aux accouchements rapprochés.

⁹ Dans quelques communautés uniquement la distinction a pu être faite entre les vivres reçus par les enfants très malades et les autres enfants.

Figure 2: Courbe qui représente la Probabilité à Priori



3.2 L'Evidence Vraisemblable

Une enquête sur une grande zone a été menée dans 24 villages/hameaux de cultures à travers les 8 communes sanitaires dans la province de Tapoa. Les villages ont été sélectionnés avec la méthode d'Echantillonnage Aléatoire Stratifié. Les relais étaient présents dans trois villages.

3.2.1 Résultats de l'enquête

Le tableau suivant montre les résultats globaux de l'enquête:

Tableau 1: Résultats de l'enquête sur une grande zone

Total Cas Trouvés	Couvert	Non Couvert	En Voie de Guérison
42	4	38	1

L'enquête a aussi repéré a) au moins six cas (dont 3 étaient dans un état critique) avec un PB inférieur à 110mm mais avec une taille inférieure à 65cm qui, selon la définition d'un cas et les critères actuels d'admission au Burkina, ne sont pas admissibles, b) au moins 3 cas qui étaient aux limites des critères d'admission pour les MAS, et c) plusieurs cas qui avaient consulté récemment le CSPS (dont un il y a deux jours).

En plus un total de 84 nouveaux cas MAM a été dépisté. Deux ont été déchargé du CREN il y a deux mois.

Il est évident que le nombre de cas non couverts est beaucoup plus important que le nombre de cas couverts. Le nombre d'enfants en voie de guérison est aussi très faible. En plus dans tous les villages où il

y avait un relais les cas non couverts ont été trouvés. Ces résultats suggèrent que le service ne répond pas aux attentes.

3.2.2 Valeur de l'Evidence Vraisemblable

Les résultats de l'enquête ont fourni les mesures de couverture suivante :

$$\text{Couverture Actuelle: } \frac{4}{42} \times 100 = 9,5 \text{ \%} \quad \text{Couverture de la Période: } \frac{5}{43} \times 100 = 11,6\%$$

La valeur de l'Evidence Vraisemblable pour Tapoa est : 9,5% / 11,6%

3.2.3 Raisons fournies par les cas non couverts

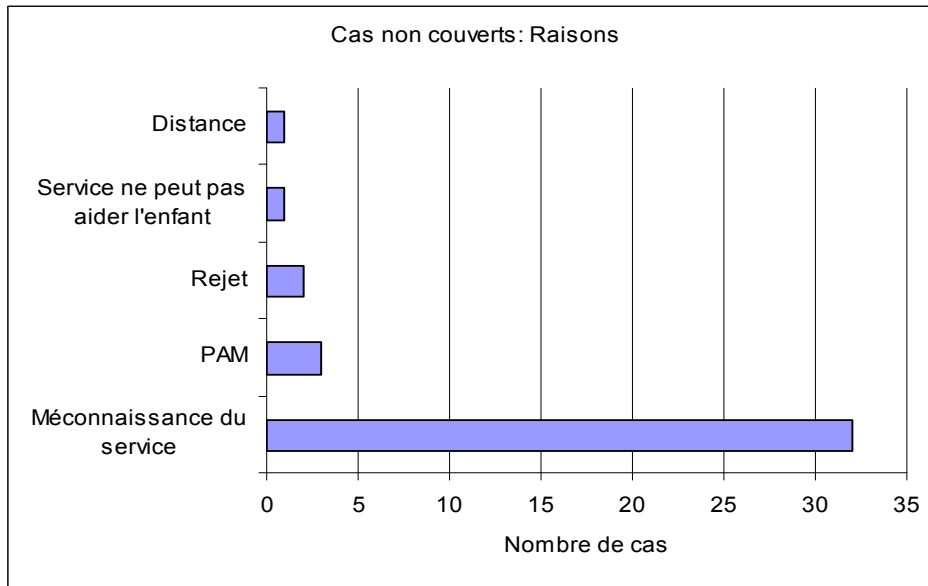
38 gardiens d'enfants ont répondu au questionnaire fait avec les cas non couverts. Les résultats sont les suivants :

Tableau 2 : Connaissance de la Malnutrition et du Service PCMA

Conscient de la malnutrition de l'enfant		Connaissance du Service PCMA		Déjà Admis au service	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
24%	76%	18%	82%	2.6%	97.4%

La plupart des accompagnants n'étaient pas conscients que leur enfant fût sévèrement malnutri parce que la condition de l'enfant n'est pas comprise comme *ti jepoadi yianu* (un manque de nourriture). La méconnaissance du service témoigne du fait que *mi ñaama* (grossesse rapprochée), n'est pas une condition qui peut être traité au niveau du CSPS et le service même n'est pas compris comme un traitement pour un enfant malade mais plutôt comme une distribution de vivres. La faible fréquentation du CSPS était aussi un facteur dans certains villages. Il n'y avait qu'un enfant qui a déjà été admis au service, il est ainsi difficile d'en tirer des conclusions mais il reflète peut être le fait que le nombre d'enfants qui ont besoin du traitement est beaucoup plus élevé que le nombre qui en a déjà bénéficié.

Figure 3 : Cas Non Couverts : Barrières à l'accessibilité



La méconnaissance du service s'est révélée comme la plus grande barrière à l'accessibilité. Son effet sur la couverture a été clairement démontré. Les doutes sur la prise en charge des enfants MAM ont été confirmés par les cas MAS trouvés parmi les enfants qui reçoivent les rations sèches de PAM. Le rejet a été soulevé mais par peu de d'accompagnants à cause de l'absence d'un relais dans la plupart des villages visité, le contact avec le service a été ainsi moins fréquent.

Le suivi des enfants dépisté et référés pendant l'enquête est toutefois très important parce qu'il se peut que certains de ces enfants seront rejetés à cause du fait que le PB n'est pas encore reconnu comme critère d'admission au niveau du CSPS.

Le seul enfant qui a déjà été admis a abandonné le traitement parce que l'accompagnant pensait que le service ne pouvait pas aider son enfant.

3.3 La Probabilité à Posteriori

La synthèse des valeurs de la *Probabilité à Priori* et de l'*Evidence Vraisemblable* ont été utilisées pour produire la *Probabilité à Posteriori* sur la calculatrice de Bayes. La valeur de la *Probabilité à Posteriori* représente l'estimation de la couverture globale pour la province de Tapoa.

3.3.1 Valeur de la Probabilité à Posteriori

La calculatrice de Bayes a produit les estimations suivantes pour la couverture:

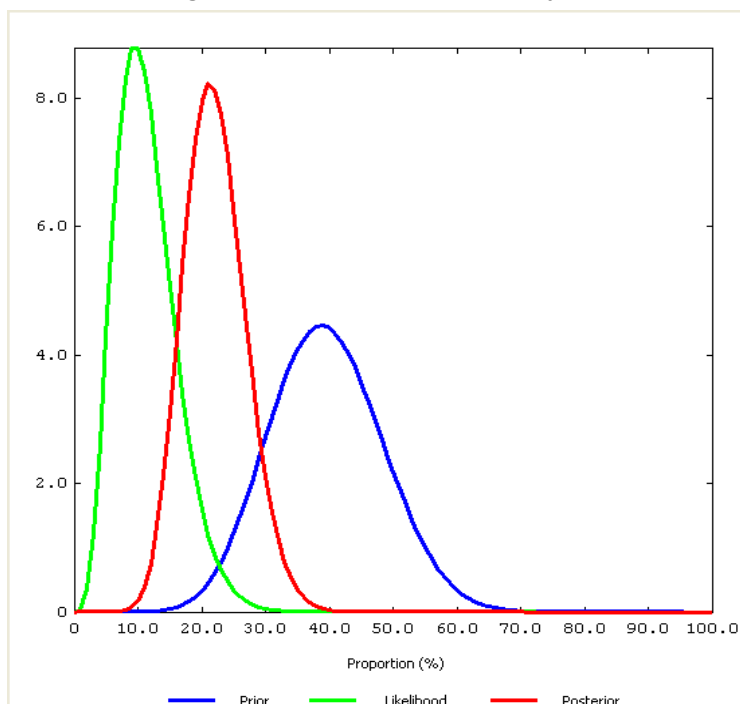
Couverture Actuelle : **21,8%** (95% IC : 13.2% - 32.2%)

Couverture de la Période : **22,8%** (95% IC : 14.4% - 33.2%)

Il y a très peu de différence entre la couverture actuelle et la couverture de la période parce que le nombre d'enfants trouvés en voie de guérison était très faible.

Les graphiques ci-dessous montrent les trois éléments de l'analyse Bayésienne – la *Probabilité à Priori*, l'*Evidence Vraisemblable* et la *Probabilité à Posteriori* et la force de chacun de ces éléments. L'*Evidence Vraisemblable* a plus de force que la *Probabilité à Priori* dans le calcul de la *Probabilité à Posteriori*; la courbe est ainsi plus haute ; parce que la taille de l'échantillon dans l'enquête était assez importante et le résultat est très clair. Ceci assure également une très bonne précision dans l'estimation de la couverture – +/- 10%.

Figure 4: Couverture Actuelle Tapoa



3.4 La Formation du Personnel

En total 3 personnes ont été formées d'une manière pratique et active sur la méthode SQUEAC. L'équipe a montré une très bonne compréhension des différents éléments mais à cause surtout des insuffisances dans les données de routine et le temps consacré à la collecte de certaines informations (vu les distances et la non disponibilité de ces données au début de l'investigation), la possibilité de faire toutes les analyses ou de consolider les habilités appris était limité. La reconduite d'une investigation serait difficile sans appui sur place.

4. Prochaines Etapes pour le SQUEAC

Le SQUEAC est un outil qui vise a) à promouvoir la bonne gestion d'un service PCMA et b) à améliorer cette gestion d'une manière continue. Le SQUEAC n'est pas une enquête à faire qu'une seule fois par an. Ses différents éléments; la collecte, l'analyse et la vérification des données; sont les activités importantes de routine. Et il est essentiel que ces activités soient faites régulièrement et leur importance soit comprise par toutes les personnes impliquées au sein de la MSP et d'ACF. Les tendances sur le temps pour les admissions et les indicateurs de performance, les provenances des admissions, le PB à l'admission, et le suivi et documentation des abandons servent à fournir les informations sur la couverture à tout moment. Les discussions avec la communauté et les personnes concernées permettent d'identifier les barrières et dès qu'une nouvelle barrière est identifiée il faut une action pour la surmonter. Puis, au bout d'un certain temps il faut mener une nouvelle investigation pour évaluer l'efficacité de l'action.

Un SQUEAC complet peut se faire tous les 6 mois mais au moins une fois par an.

Les résultats de cette investigation doivent servir de base pour la prochaine investigation SQUEAC de la couverture globale. Il est ainsi possible d'utiliser la valeur de la *Probabilité à Posteriori* comme la nouvelle *Probabilité à Priori*. La valeur des actions entreprises pour améliorer la couverture suite à cette investigation peut être calculée et la somme ajoutée à la nouvelle *Probabilité à Priori*. La valeur attribuée à toute nouvelle barrière identifiée sera à soustraire. Ceci permettra de voir la progression dans le taux de couverture.

5. Conclusions et Recommandations

L'objectif du SQUEAC était d'assurer la formation sur sa méthodologie, de renforcer le monitoring de routine et, à fond, d'améliorer la couverture.

Le déroulement du SQUEAC et la formation des participants sur les différentes étapes n'ont pas été faciles. Les difficultés rencontrées avec la fiabilité et les insuffisances des données et le temps nécessaire pour faire la collecte de certaines données essentielles pour l'analyse ont impacté sur le développement et la force de la *Probabilité à Priori*. Toutefois, à travers ces difficultés, l'intérêt de la méthode a été démontré. SQUEAC est une investigation et en même temps un processus; en contraste avec des enquêtes traditionnelles il ne cherche pas uniquement à fournir un résultat : le taux de couverture. Il permet, pendant le processus, d'apprendre les habilités, de réellement comprendre le service et son efficacité et d'identifier les facteurs et la façon dont ces facteurs influent sur la performance du service et ainsi sur la couverture.

Le rôle d'ACF dans la Tapoa est celui d'appui. Il est donc important que le MSP s'approprie du service et que le traitement de la malnutrition devienne une activité de routine. Toutefois il est essentiel que les bases soient solides et que le suivi soit fait. Présentement le protocole national n'est pas respecté (pour l'admission par le PB), les principes de l'approche PCMA ne sont pas bien compris ni par le personnel ni par les bénévoles, le rejet s'est révélé comme barrière, la prise en charge adéquate des cas MAS n'est pas assurée, il n'y a aucun suivi des abandons, le remplissage des fiches, du registre et du rapport mensuel n'est pas fait d'une manière systématique. Ces problèmes soulignent la nécessité d'un suivi étroit, et, plus pertinent, d'un suivi efficace. En plus la responsabilité envers les enfants en charge est importante. Le renvoi des bénéficiaires à cause des ruptures de stock de l'ATPE et de l'absence du personnel a eu des effets déstabilisateurs sur la couverture et des conséquences graves pour la santé de l'enfant.

Par contre au niveau de la communauté la stratégie a été peut être trop inflexible avec la séance de dépistage fixe et le contrôle des références par le relais et l'utilisation des termes pour la malnutrition qui n'expliquent pas facilement la condition et ses symptômes pour la population.

Les différents éléments de la PCMA sont interdépendants. Cependant les tensions et l'incompréhension existent entre les acteurs clés qui travaillent dans les structures de santé et ceux qui sont actifs au niveau de la communauté. Il existe également des problèmes liés à l'interface entre le programme pour les MAM (PAM), et le service pour les MAS. Il manque des systèmes de communications fiables entre les différents acteurs et structures (surtout entre les CSPS et le CREN pour les transferts). Par conséquent des cas MAS qui ont besoin du traitement ne le reçoivent pas et le sort de certains enfants reste inconnu.

Un résultat positif de l'investigation a été l'appréciation du service par toutes les personnes concernées. La radio et surtout l'influence des MAS guéris sur la présentation d'autres cas au CSPS ont été soulignées. Ceci est important pour la couverture et servira de bonne base à exploiter quand les autres problèmes seront résolus.

La nouvelle équipe de nutrition d'ACF à Diapaga est confrontée par un nombre de défis. Il y a des problèmes avec la qualité du service et, actuellement, l'impact du service est limité à travers la province. L'enquête pour construire l'*Evidence Vraisemblable* a démontré que la méconnaissance, et également l'incompréhension du service, sont toujours répandues. D'ailleurs l'accessibilité au CSPS est aggravée par des longues distances et le problème de bas-fonds pendant la saison pluvieuse (sur le long terme les options sont la décentralisation du service et les sachets pour deux ou trois semaines selon le cas individuel et uniquement quand l'enfant est déjà en voie de guérison et la prise en charge correcte est assurée).

Actuellement le taux de couverture, la *Probabilité à Posteriori*, est très faible, soit 21.8%. La couverture est en dessous du Standard minimum SPHERE de 50% pour un milieu rural. A travers l'investigation SQUEAC les diverses raisons en sont connues ; il est possible ainsi d'entreprendre les actions spécifiques pour traiter les problèmes et les barrières identifiés.

Les recommandations suivantes visent à améliorer la couverture :

- Engager l'appui technique de Valid pour assurer la compréhension réelle et la pratique appropriée de la PCMA
 - Révision des critères/outils/rapports/données avec l'équipe d'ACF et le MSP
 - Evaluation de la prise en charge au niveau d'un nombre de CSPS sélectionnés et formation et suivi pratique du personnel avec les superviseurs d'ACF (ensuite les superviseurs feront la formation pratique d'autre personnel)
- Utiliser le PB et non seulement le P/T comme critère d'admission dans les structures de santé
 - Sans rapport à la taille (>= 65cm)
- Expliquer clairement les raisons du rejet et le recours au CSPS/au relais dans le cas de détérioration de l'état de l'enfant
- Assurer un système fiable d'approvisionnement et de contrôle des intrants: l'ATPE et les médicaments
- Assurer le suivi des abandons, des non répondants et des transferts entre le CSPS et le CREN
- Renforcer les relations et communications entre les acteurs et structures concernés par la PCMA
 - L'ACF et l'équipe cadre du district/le personnel des CSPS par moyen d'une plus étroite collaboration
 - Les Agents de Santé et la NAC/les relais communautaires par moyen des échanges mutuels
 - L'ACF et l'UNICEF/le PAM /les autres ONG par moyen d'échanges/contact plus fréquent
- Vérifier le PB des enfants actuellement dans le programme PAM
- Promouvoir le dépistage actif par les relais
- Doter plus de villages d'un relais (mais utiliser les personnes clefs qui sont déjà actives - l'Agent PSP)
- Réorienter la sensibilisation sur le service:
 - Différencier la PCMA du programme PAM/d'une distribution de vivres
 - Utiliser les termes locaux pour les symptômes pour décrire les enfants cibles

Références

Guerrero S. September 2007 'Impact on no-admission on CTC programme coverage' in *Field Exchange, Issue 31*

WHO, WFP, UN SCN, UNICEF, May 2007 'Community-based Management of Severe Acute Malnutrition, A Joint Statement by the World Health Organisation, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund'

Annexe 1: Rapport et Analyse XMind sur la couverture à Tapoa

1. Données de routine (statistiques)

1.1 Admissions



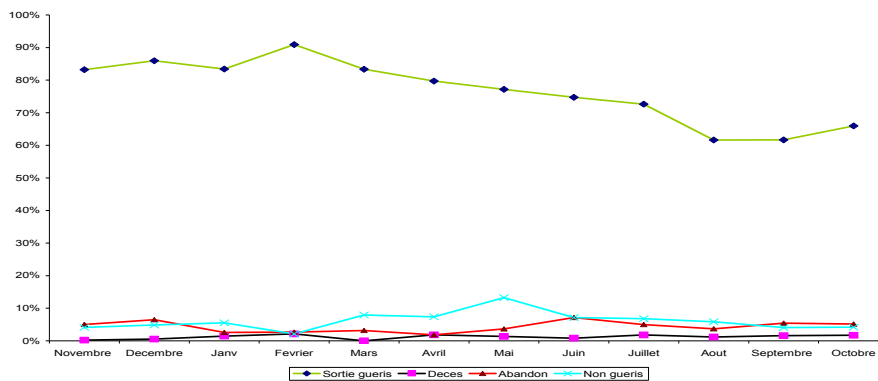
Une analyse préliminaire des admissions sur le temps a montré une tendance similaire pour les CSPA et les CREN au cours de l'année. Après un pic au mois de mai une chute brutale s'est produite au mois de juillet et les admissions sont restées faibles pendant la période où le taux de malnutrition est le plus élevé (juillet, août et septembre), et la disponibilité alimentaire la plus faible. Dorénavant les admissions aux CSPA sont restées faibles mais stables, tandis que les admissions aux CREN ont montré plus de fluctuations surtout avec une augmentation pendant les mois d'Octobre et Novembre (plus prononcée pour Diapaga). Une analyse plus détaillée des admissions par CSPA et des recherches au niveau des registres et fiches de suivi ont révélé des grandes différences entre les statistiques et aussi la façon d'enregistrer les re-admissions du CREN. Il était ainsi difficile de réaliser l'objectif de l'analyse des admissions: de prononcer sur la santé générale du service, la tendance réelle sur le temps et la réponse aux attentes selon les différents calendriers.

1.2 Indicateurs de performance



Une analyse préliminaire des sorties a révélé que les standards SPHERE n'ont pas été atteints pour les indicateurs de performance (guéri, abandon, décès) ni dans les CSPA ni dans les CREN. Une comparaison des admissions et des sorties (pour les CSPA et les CREN) a ensuite révélé le manque de corrélation entre ces statistiques (plus de sorties que d'admissions ou très peu de sorties par rapport au nombre d'admissions). Les recherches au niveau des CSPA ont ensuite confirmé les insuffisances dans l'enregistrement des sorties et de ce fait la fiabilité des données a été mise en question. Il n'était donc pas possible de faire une analyse précise des indicateurs.

Analyse des Indicateurs de Performance d'un programme efficace



Une analyse du P/T (ou plus pertinent le PB), à l'admission pour vérifier le dépistage précoce et la présentation à temps n'a pas été possible à cause des insuffisances dans les données.

Une analyse exacte de la durée du séjour moyenne des abandons n'a pas été possible à cause de :

- l'absence totale d'information sur les sorties dans certains registres
- l'absence fréquente des fiches de suivi
- les informations peu fiables dans les registres: la date du constat de l'abandon a été écrit et non pas la date réelle de l'abandon (à titre d'exemple la date de sortie dans le registre suggère que l'enfant a abandonné après 16 semaines, mais la fiche de suivi indique qu'il n'est venu que 4 fois).

Toutefois les informations qui ont pu être recueillies de quelques CSPS indiquent un taux élevé d'abandons dans les trois premières semaines quand l'enfant est toujours au plus grand risque. Une analyse des voies de référence des cas MAS n'a pas été possible à cause d'un manque de précision dans les registres.

2. Personnel CSPS

2.1 Critères d'admission



Le seul critère d'admission reconnu au CSPS et au CREN est le rapport poids/taille. Même si le Protocole National reconnaît le PB comme critère valable d'admission le PB est considéré comme 'un test rapide' par le personnel des structures de santé, utilisé pour le ratissage au niveau de la communauté.

2.2 Le rejet



Le rejet d'enfants qui ne remplissent pas les critères d'admission a été constaté comme problème. L'incompréhension des activités des Relais à cause du nombre d'enfants rejetés a même été le résultat dans certains CSPS. La plupart des cas rejetés au CREN de Diapaga ont été référés par les CSPS sans précision. D'ailleurs quand les mesures sont présent au niveau du CSPS, on n'explique à la mère ni la raison pour laquelle l'enfant n'est pas admis, ni le fait que l'enfant peut revenir pour se faire dépister au cas où la santé de l'enfant se détériore. Le fait que tous les infirmiers ne parlent pas la langue locale, le gourmantchema, rend plus difficile l'explication du rejet.

2.3 Prise en charge des cas MAS



Il y a un manque de respect du nombre de sachets approprié de l'APTE par enfant, du séjour dans le programme et, dans certains CSPS, des critères de décharge et ainsi le transfert d'un enfant MAS au programme des MAM du PAM. L'incertitude sur la prise en charge des enfants MAS en ambulatoire entraîne la référence de beaucoup d'enfants au CREN. Même certains personnels au CREN ont admis qu'ils ressentent un manque de formation et doivent faire recours des fois à l'ICP pour traiter les cas graves.

2.4 Rupture de l'ATPE



Il y a eu des ruptures de l'ATPE au niveau des CSPS au cours de l'année et il y a certains CSPS qui sont actuellement sans stock.

2.5 Relations/communications avec ACF



La fréquentation permanente des animateurs ACF au CSPS a été souligné et le suivi de leurs recommandations.

2.6 Appréciation du service



La gratuité des soins est appréciée, et celle-ci encourage les mères à venir en grand nombre pour les soins.

2.7 Compréhension du service



L'ATPE est perçu comme un vivre par le personnel au niveau du CSPS et cela a entraîné une distribution de l'ATPE aux MAM (surtout quand il y a eu des ruptures de stock des vivres PAM). Le jour du suivi est même appelé 'le jour de distribution'. L'ATPE a été nommé 'médicament aliment' dans un seul CSPS où les recherches ont été faites.

2.8 Suivi des cas

2.8.1 Abandons



Il n'existe pas de système de vérification des abandons. Le manque de motivation (et du carburant) a été cité surtout parce que le suivi de vaccination est payé. A cause du manque de fiches de suivi au niveau de beaucoup de CSPS depuis plusieurs mois toutes les informations (les mesures), sont écrites dans le carnet de santé de l'enfant qui reste avec la mère. Il est ainsi presque impossible pour le personnel de vérifier si l'enfant a abandonné le traitement ou pas.

2.8.2 CREN



Il n'y a pas de système de vérification de suivi des cas référés du CREN au CSPS et du CSPS au CREN, seul la mère revient avec une fiche de contre référence. Les contre références d'un CREN aux CSPS ne sont même pas accompagnées par des fiches. Seul le CREN de Diapaga met la fiche de contre référence directement dans la boîte du CSPS au lieu de la donner à la mère, mais aucun feedback n'a été reçu du CSPS pour confirmer si ces enfants se sont présentés.

2.9 Motivation des bénévoles



Il a été remarqué que les bénévoles sont fières de faire leur travail mais les motivations varient d'un CSPS à l'autre. La faible motivation a entraîné une insuffisance au niveau des activités (remplissage des fiches et du registre et, la prise régulière des mesures, surtout la taille), dans certains CSPS.

2.10 Barrières



Plusieurs barrières ont été citées mais les plus importantes sont :

- Distance
- Manque de moyen de déplacement
- Maladie de la mère
- Rupture
- Recours à la médecine traditionnelle
- Pluie
- Petite quantité de la ration
- Absence du mari

3. Relais Communautaires

3.1 Motivation



La fierté de servir son village et de sauver les vies des enfants par le dépistage a été soulignée par les Relais. Toutefois un besoin a été également souligné pour leur famille (moyen financier) et au niveau de leur service (moyen de déplacement).

3.2 Organisation du jour de dépistage

3.2.1 Suivi des mères



Le dépistage des enfants malnutris est fait régulièrement (une fois par mois) dans les villages qui font partie d'une grappe. D'ailleurs la plupart des relais ont confirmé que le suivi des mères qui ne sont pas venues avec leurs enfants est fait d'une manière assez systématique.

3.2.2 Journée fixe



La planification des jours de dépistage n'est pas faite en fonction du jour de pesée au CSPA. Ainsi la mère doit souvent attendre une semaine avant de pouvoir aller au CSPA après la référence. En plus, le relais n'a pas l'autorisation de référer un enfant en dehors du jour de dépistage fixe. S'il repère un enfant sévèrement malnutri dans le village il ne peut que donner des conseils sur la bouillie enrichie et dire à la mère d'attendre le prochain jour de dépistage pour avoir le ticket de référence.

3.3 Le Rejet



Le rejet des enfants référés a été constaté comme problème, surtout au début. L'encouragement est donné aux mères d'aller au CSPA (et dans la plupart des cas) pour 'prendre des vivres', mais sans explication que les mesures seront reprises pour confirmer si l'enfant est MAS et ainsi admissible. La méconnaissance des critères d'admission utilisés au CSPA, par la plupart des relais interviewés, sert à empirer le problème.

3.4 Suivi des cas dépistés



Il y a un suivi des cas MAS référés à domicile par la plupart des relais pour vérifier si l'enfant s'est réellement présenté au CSPA.

3.5 Communications/contact avec personnel du service

3.5.1 Animateur ACF



Il y a une très bonne collaboration avec les agents d'ACF qui font une visite mensuelle pour travailler ensemble avec les relais lors du dépistage et souvent pour faire la formation.

3.5.2 Personnel CSPA



Il y a une peur qui éloigne les relais aux personnels du CSPS, rendant difficile la communication dans certaines localités.

3.6 Appréciation du service



Le service est bien apprécié parce que les enfants ont reçu des vivres gratuits et de ce fait ont retrouvé leur santé.

3.7 Appréciation par la communauté



Il y a une bonne appréciation des relais par leur communauté sauf qu'il y a la croyance que ces relais sont rémunérés et il y a quelque jalousie (dans le village où leurs activités sont sous estimées ou dans d'autres villages qui ne font pas partie d'une grappe et qui souhaitent bénéficier de l'appui de l'ACF).

3.8 Barrières



Les principales barrières citées sont :

- Maladie de la mère.
- Blocages des voies par les eaux de pluies.
- Geomatie.

4. Bénévoles

4.1 Motivation



La motivation des bénévoles varie d'un CSPS à l'autre par rapport à la rémunération et la charge de travail. Toutefois malgré le faible niveau d'encouragement dans certain CSPS, ils sont fiers de faire le travail parce que c'est pour la santé de leurs enfants.

4.2 Rupture de l'ATPE



Les ruptures de l'ATPE et leurs effets sur la présence des enfants ont été constatés par les bénévoles.

4.3 Incompréhension de l'ATPE



Le fait que les bénévoles sont chargés aussi de faire la distribution des rations PAM, ils confondent l'ATPE avec les autres vivres.

4.4 Suivi à domicile



Malgré leurs surcharges et le manque de moyen de déplacement certains bénévoles arrivent à faire des visites à domicile. La sensibilisation qui à été faite lors de ces visites a encouragé les mères à revenir et à continuer avec le traitement en dépit des inquiétudes liées à l'ATPE au début (trop sucré, provoque les diarrhées).

4.5 Relations avec personnel du service



Il y a une bonne collaboration avec le personnel du service (NAC et CSPA).

4.6 Appréciation du service



Le service est très bien apprécié par les bénévoles par ce qu'ils ont vu l'effet positif au niveau des enfants, toutefois ils souhaitent plus de sensibilisation au niveau des villages pour déloger tous les cas MAS.

4.7 Influence des MAS guéris



L'influence positive des cas MAS guéris a été soulignée ; celle-ci a encouragé d'autres mères à amener leurs enfants au CSPA pour se faire soigner.

5. Accompagnantes

5.1 Niveau du service

5.1.1 Temps d'attente



Les longues attentes ont été constatées dans certains CSPA, mais dans d'autres celles-ci étaient acceptables et même limitées parce que l'ordre d'arrivée était respecté.

5.1.2 Accueil



En général les mères se sentaient bien accueillies au CSPS ; seul si la mère n'a pas respecté les consignes le personnel peut lui reprocher.

5.1.3 Rupture



Les ruptures de l'ATPE et également les rations insuffisantes ont été soulignées comme problème dans plusieurs CSPS. Le fait que le service est compris comme une distribution de vivres sert en plus à aggraver la perception de la quantité faible de la ration.

5.2 Appréciation du service



Le service était apprécié par les mères parce que leurs enfants avaient retrouvés leur santé que certaines ne croyaient pas et elles ont reçu les aliments et les médicaments.

5.3 Référence



La référence par d'autres mères était très fréquente et, d'un moindre degré, aussi par le relais. Certaines mères ont entendu parlé du service au CSPS et un nombre d'enfants a également été dépisté lors d'une consultation.

5.4 Barrières



La distance a été soulevée comme un problème qui fatigue la mère. La pluie pose également un obstacle à l'accessibilité pendant l'hivernage.

5.5 Question sur la couverture



Il n'y avait pas de connaissance d'autres enfants avec la même condition qui n'étaient pas sous traitement. Toutefois une mère a souligné le fait que ce n'était pas possible de savoir si une femme était enceinte; ce commentaire renforce la compréhension de la malnutrition comme *Mi ñaama* même parmi les mères d'enfants sous traitement.

6. animateurs ACF

6.1 Relations avec Personnel du CSPS



L'incompréhension entre la NAC/les relais et le personnel du CSPS a été soulevé spontanément comme difficulté. Le manque de bonne collaboration influent sur l'appréciation du service par les animateurs.

6.2 Dépistage



Le dépistage peut se faire tous les jours sauf le jour du marché et le jour de la pesée, mais il n'y a pas de rapport entre le jour de dépistage et le jour de la prise en charge des MAS (ainsi le délai entre les deux peut être long ou court). Le relais est censé référer les cas MAS au CSPS en dehors des séances du dépistage, mais il n'est pas autorisé à le faire.

6.3 Le Rejet



Le rejet des cas a été constaté parce que le personnel du CSPS utilise le poids/taille comme critère d'admission tandis que les relais/les animateurs utilisent le PB pour dépister les enfants. Le relais est censé dire à la mère qu'elle doit aller au CSPS pour confirmation ; le ticket ne donne pas droit ni à une ration ni à un produit. L'explication donnée à la mère d'un enfant MAS dépisté est qu'il est 'très sévère'.

6.4 Le suivi



Le fait qu'il n'y a pas de relation fixe avec les relais ; tout animateur passe au niveau de chaque relais ; il n'y a pas de système pour assurer le suivi des cas ou des rejets. En effet lors de la séance de dépistage il arrive souvent que les mères viennent dire à l'animateur que la dernière fois que leurs enfants ont été référés ils ont été rejetés.

Le suivi d'abandons et des cas non guéris ne se fait pas actuellement.

7. Communauté

7.1 Compréhension de la malnutrition



Le marasme est reconnu comme *Mi ñaama* (accouchement rapproché). Son nom indique aussi ses causes pour la communauté. Il est perçu comme une condition plutôt qu'une maladie et est ainsi soignée par les vieilles et les tisanes.

Le kwashiorkor est connu comme maladie de gonflement du corps ou jaunisse et est due aux aliments sales / saletés. Dans certaines communautés le kwashiorkor est associé aux hémorroïdes et le manque de variété des aliments.

Dans d'autres communautés, le kwashiorkor est reconnu comme la dernière étape de la complication du marasme. A cette étape, il est très difficile de le traiter au niveau de la communauté et le recours au CSPS est nécessaire.

Ti jepoadi yianu (manque de nourriture) le terme qui est utilisé dans les thèmes de la sensibilisation (et par le personnel du CSPS pour décrire la malnutrition), est ressorti seulement dans les communautés où il y avait un relais actif.

Au fond les symptômes de la malnutrition sont connus mais la condition est comprise comme *Mi ñaama*.

7.2 Stigmatisation



Mi ñaama est difficile de prononcer par la communauté car son nom et ses causes fait indexer la personne qui est dans la situation.

7.3 Connaissance du service



Le service est connu par plusieurs voix (radio, personnel du CSPS et d'ACF, et surtout de mère en mère). Mais pour la plupart *Mi ñaama* ne se soigne pas au niveau du CSPS.

Le service au CREN était plus connu et apprécié dans un village que le service au CSPS qui était plus proche.

7.3.1 Relais



Dans les villages où il y a des relais, ils sont connus et leurs activités sont appréciées même si les outils et les techniques de dépistage ne sont pas toujours compris, surtout par certaines personnes clés, comme les chefs.

7.4 Compréhension du service



Le service pour les cas MAS est compris comme une distribution de vivres et n'est pas différencié de celui du PAM. Les critères d'admission ne sont pas connus. Toutefois dans certains villages, la communauté a pu distinguer que les enfants qui sont dans un état grave reçoivent un aliment différent (l'ATPE). L'ATPE est compris uniquement comme un aliment (et non pas comme un médicament-aliment), les mères le nomment *Degédégé* ou *Tincieieli* (pâte d'arachide), Biscuit, Bonbon, *Fadifadi* (sachet) et *bonpiennaaganma* (lait des blancs).

7.5 Appréciation du service

7.5.1 Santé des enfants



La communauté apprécie bien le service parce qu'ils gagnent des produits et des aliments qui permettent aux enfants de retrouver leur santé.

7.5.2 Service au CSPS



Malgré l'efficacité des aliments des difficultés ont été constatés au niveau de certains CSPS: longues attentes, rupture de stock des aliments (l'ATPE), paiement de consultation, et mauvais accueil.

7.6 Recours



Le premier recours pour soigner le *Mi ñaama* est la médecine traditionnelle ou le géomancien.

7.7 Implication des personnes clés



Les personnes clés comme le chef du village, les enseignants, les sages, les mères des enfants guéris réfèrent les enfants et donnent des conseils sur le service. Les chefs donnent aussi l'autorisation d'aller au CSPS.

7.8 Rejet



Un grand nombre d'enfants référés ont été rejetés. La possibilité du rejet n'a pas été mentionnée par le relais et la raison du rejet n'a également pas été expliquée au niveau du CSPS par le personnel.

7.9 Barrières



Les principales barrières mentionnées sont les suivantes :

- *Rupture de l' ATPE
- *Mauvais accueil
- *Accusation de vente de ration
- *Refus du mari
- *Manque de moyen pour payer le traitement
- *Maladie de la mère
- *Pluie qui rend l'accessibilité au CSPS impossible
- *La distance
- *Le recours au tradi-praticien / le géomancien
- *La mère n'a pas assisté au séance du dépistage dans le village et ne sait pas qu'elle peut aller au CSPS elle-même sans un ticket

7.10 Question sur la couverture



Pour la plupart, il n'y a pas de cas qui ne sont pas sous traitement à l'exception d'un cas d'abandon.

7.11 Sensibilisation



La sensibilisation à travers la radio et par le personnel d'ACF et le personnel au niveau du CSPS a été efficace et a pu toucher des villages où il n'y a pas de relais ACF.

7.12 PAM



Les ruptures de stock, des rations périmées (les vers dans la farine qui ont entraîné le vomissement), et le manque de suivi des cas MAM ont été cités. Un cas MAS (PB 9.6), inscrit actuellement dans le programme PAM, a été trouvé pendant les discussions avec la communauté et aussi plusieurs cas qui ont abandonné ou ont été chassés et qui sont maintenant à risque de tomber dans la malnutrition sévère.

8. Personnel du Programme

8.1 Prise en charge



Le faible niveau de compétences et les affectations du personnel, et en plus la surcharge du travail des agents ACF ont été constatés comme problèmes qui rendent difficile la surveillance des bénéficiaires et ainsi la prise en charge adéquate des cas MAS. En plus les journées de vaccination coïncident souvent avec les jours de pesées dans les CSPS.

8.2 Le rejet



Le taux élevé du rejet des cas référés a été soulevé. Seul 27% des cas référés (MAS et MAM) ont été admis. D'ailleurs, les cas MAS référés ne sont même pas toujours admis comme MAM.

9. Enquêtes sur des petites zones

9.1 [Distribution Spatiale](#)



Les listes des provenances des admissions, (des abandons) et des relais ont été analysées pour chaque aire de santé.

La distribution spatiale a révélé un grand nombre de villages (plus de 40%) sans aucune admission et la présence des relais communautaires dans à peu près un tiers des villages.

Une enquête sur des petites zones a été menée pour tester les hypothèses suivantes:

Couverture faible: CSPS moins accessibles

- Faible nombre d'admissions
- Admissions de peu de villages dans l'aire de santé
- Grand nombre de villages qui se trouvent à plus de 10km
- Problème de bas-fond / mauvaise route

Couverture élevée: CSPS plus accessibles

- Beaucoup d'admissions
- Admissions de la plupart des villages dans l'aire de santé
- Peu de villages qui se trouvent à plus de 10km
- Pas de problème de bas-fond / CSPS sur route principale

Couverture faible: Villages à plus de 10km sans relais

- Nombre d'admissions plus faibles des villages à plus de 10km sans relais

Couverture élevée: Villages à plus de 10km avec un relais

- Nombre d'admissions plus élevées des villages à plus de 10 km sans relais

Une méthodologie active et adaptative a été utilisée pour dépister les cas MAS et une classification avec la méthode LQAS a été appliquée.

Les résultats étaient les suivants:

Couverture faible (CSPS moins accessibles) : Kantchari

- 2 cas de malnutrition sévère : 1 couvert (couverture actuelle pas supérieure à 50%)
- 1 cas en voie de guérison (couverture de la période supérieure à 50%)

Couverture élevée (CSPS plus accessibles) : Tambaga

- 5 cas de malnutrition sévère : 3 couverts (couverture actuelle supérieure à 50%)
- 1 cas en voie de guérison (couverture de la période supérieure à 50%)

Zone de couverture plus faible (villages à plus de 10km sans relais): Tapoa Djerma

- 1 cas de malnutrition sévère non couvert (couverture actuelle < 50%).

Mais la taille de l'échantillon est trop faible pour tirer des conclusions.

Zone de couverture plus élevée (villages à plus de 10km avec relais): Tatiangu

- 3 cas de malnutrition sévère: 3 cas non couverts (couverture actuelle pas supérieure à 50%).

L'hypothèse sur l'accessibilité facile a été confirmée, mais il semble que la présence du relais dans un village plus éloigné du CSPS n'a pas de grande influence sur le niveau de couverture.

Les raisons des cas non couverts étaient:

- Méconnaissance du service
- Le Rejet
- La pesée ne se fait plus dans le village

10. Analyse Bayésienne

10.1 [Probabilité à Priori](#)

Une probabilité à priori a été développée pour exprimer un degré de croyance sur la couverture.

Étape 1

Tous les facteurs, qui ont été soulevés pendant l'investigation ont été regroupés, tous les positifs d'une part et tous les négatifs de l'autre. A titre d'exemple:

Positifs

Appréciation du service

Sensibilisation efficace

Implication des personnes clefs

Motivation des Relais Communautaires

Suivi des cas dépistés par les Relais Communautaires

Négatifs

PB pas reconnu comme critère valable d'admission par le personnel au CSPS

Stigmatisation/honte associé à *Mi ñaama*

Incompréhension du service (perçu comme une distribution de vivres)

Prise en charge inadéquate

Explication du rejet

Recours à la médecine traditionnelle

Rupture de stock des intrants

Mauvaises relations entre personnel du CSPS et les Relais/la NAC

Manque du suivi des abandons/enfants référés au CREN

Problème de bas-fond

Distance

Les participants ont été divisés en 2 groupes. Ensuite une classification des facteurs (positifs d'une part et négatifs de l'autre) a été faite par chaque groupe selon leur impact sur la couverture. Puis une valeur de 1 à 5 a été attribuée à chaque facteur. La somme des valeurs a été calculée pour chaque catégorie (positive et négative). Les résultats des autres enquêtes indiquent que la couverture est normalement entre 20 et 80%. Ainsi la somme des valeurs positives a été ajoutée au 20% et la somme des valeurs négatives a été déduite du 80%. Le mi-chemin entre les 2 résultats était 37% et 41% pour les 2 groupes. La moyenne des 2 - 39% a été utilisée pour le mode de la Probabilité à Priori.

Étape 2

La calculatrice de Bayes a été utilisé pour créer la distribution de la croyance (la Probabilité à Priori) en utilisant le mode identifié de 39%.

10.2 [Evidence Vraisemblable](#)

L'évidence vraisemblable a été calculée en fonction des résultats d'une enquête sur toute la province.

Une méthode active et adaptative a été utilisée pour identifier les cas MAS dans 24 villages sélectionnés d'une manière aléatoire à travers les huit communes sanitaires.

Un total de 42 cas MAS a été trouvé dont 4 seulement étaient couverts. Un seul cas a été trouvé en voie de guérison; ainsi il n'y a pas de grande différence entre la couverture actuelle et la couverture de la période.

76% des cas non couverts n'étaient pas conscient de la malnutrition de l'enfant.

Les principales raisons fournies par les gardiens des cas non couverts étaient:

- Méconnaissance du service
- Inscrit dans le programme PAM
- Le rejet
- La distance

Il n'y avait qu'un seul cas non couvert qui avait déjà été admis au service ; celui-ci a abandonné le traitement parce que le gardien pensait que le service ne pouvait pas aider son enfant.

10.3 [Probabilité à Posteriori](#)

Une analyse 'conjugate beta binomiale' a été utilisée pour calculer la Probabilité à Posteriori avec la calculatrice de Bayes.

L'estimation de la couverture globale (la Probabilité à Posteriori) était de:

Couverture Actuelle : 21.8% (IC de 95% = 13.2% - 32.2%)

Couverture de la Période : 22.8% (IC de 95% = 14.4% - 33.2%)

A1. Recommandations

A1.1 Utiliser le PB et non seulement le P/T comme critère d'admission dans les structures de santé

A1.2 Assurer la prise en charge appropriée des enfants MAS

A1.3 Expliquer clairement les raisons du rejet et le recours au CSPS/au relais dans le cas de détérioration de l'état de l'enfant

A1.4 Assurer un système fiable d'approvisionnement et de contrôle des intrants: l'ATPE et les médicaments

A1.5 Vérifier le PB des enfants actuellement dans le programme PAM

A1.6 Assurer le suivi des abandons, des non répondants et des transferts entre le CSPS et le CREN

A1.7 Renforcer les relations entre les AS et le service de prise en charge par moyen des échanges mutuelles

A1.8 Promouvoir (et autoriser) le dépistage actif par les relais

A1.9 Doter plus de villages d'un relais

Utiliser les personnes clefs qui sont déjà actives - l'Agent PSP.

A1.10 Réorienter la sensibilisation sur le service

Différencier la PECMA du programme PAM/d'une distribution de vivres

Utiliser les termes locaux pour les symptômes pour décrire les enfants cibles

Annexe 2: Collecte de données qualitatives Tapoa

Personnes/Sources	Village/Location	Département	Méthode
Personnel CSPS	Nagaré Tapoa Barrage Kotchari Dahangou Namounou	Logobou Diapaga Tansarga Partiaga Namounou	Entretien Semi-Structuré
Personnel du CREN	Diapaga/Sambalgou/Kantchari/Sampieri Diapaga Mahadaga	Diapaga Logobou	Entretiens Simples Entretien Semi-Structuré Entretien Semi-Structuré
Bénévoles	Nagaré Tapoa Barrage Kotchari Dahangou	Logobou Diapaga Tansarga Partiaga	Entretien Semi-Structuré
Gardiennes	Nagaré Kotchari Mahadaga	Logobou Tansarga Logobou	Entretiens Semi-Structurés Entretiens Semi-Structurés Groupe informel de discussion
Mère d'un abandon Mères des cas non couverts	Tiontonga Nagbanli	Kotchari Tansarga	Histoire du cas Histoire du cas
Relais Communautaires	Logobou Natougou Nagbanli Bossoangli	Logobou Kantchari Tansarga Botou	Entretien Semi-Structuré Discussion Semi-Structuré Discussion Semi-Structuré Discussion Semi-Structuré
Communauté			
Femmes	Mardaga Touaga Natougou Nagbanli	Namounou Diapaga Kantchari Tansarga	Groupe informel de discussion
Hommes	Pokpeli	Tambaga	Groupe informel de discussion
Chef du village/sages	Dahangou Nagbanli Bossoangli	Partiaga Tansarga Botou	Groupe informel de discussion Entretien Semi-Structuré Discussion Semi-Structuré
Enseignant	Dahangou	Partiaga	Entretien Semi-Structuré
Tradi praticien	Pokpeli Bossoangli	Tambaga Botou	Entretien Semi-Structuré

Annexe 3: Questionnaire pour les accompagnantes/accompagnants des enfants (cas) PAS dans le programme

Département: _____ Aire de santé: _____ CSPS : _____

Village : _____ Quadrant (X :Y) : _____ Nom 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?

Trop loin (Quelle distance à parcourir à pied?combien d'heures?.....)

Je n'ai pas de temps/trop occupé(e)

Spécifier l'activité qui occupe l'accompagnante/l'accompagnant dans cette période _____

La mère est malade

La mère ne peut pas voyager avec plus d'un enfant

La mère a honte d'atteindre le programme

Problèmes de sécurité

Personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants

La quantité d'ATPE donnée est trop petite pour justifier le déplacement

L'enfant a été rejeté auparavant. Quand? (période approximative) _____

L'enfant d'autres personnes a été rejeté

Mon mari a refusé

Je croyais qu'il fallait être admis à l'hôpital en premier

L'accompagnante/l'accompagnant croit pas que le programme peut aider l'enfant (elle/il préfère la médecine traditionnelle, etc.)

Autres raisons: _____

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

- OUI NON (→ stop!)

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

Abandon, quand?.....Pourquoi?.....

Guéris et déchargé du programme (Quand?.....)

Déchargé car pas de guérison (Quand?.....)

Autres: _____

(Remercier l'accompagnante/l'accompagnant)

Annexe 4: Itinéraire

Date	Jour	Activités
17.2.10	Mercredi	Vol Londres – Ouagadougou.
18.-23.2.10	Jeudi – Mardi	Analyse des données de base disponibles, des rapports mensuels, des rapports sur les enquêtes nutritionnelles. Discussions sur le rôle et programme d'ACF à Diapaga, sur l'évaluation de Danielle, sur le protocole national, et sur les problèmes et les barrières à l'accessibilité.
23.2.10	Mardi	Voyage Ouaga – Diapaga.
24-26.2.10	Merc – Ven	Introduction au SQUEAC. Analyse des données globales et par CSPS, production de graphiques sur les admissions et indicateurs de performance, comparaison avec calendrier saisonnier. Discussion avec Dr Koalga.
27-28.2.10	Sam – Dim	Comparaison des admissions avec les indicateurs de performance pour chaque CSPS. Premier essai à situer les villages sur la carte. Planification possible des activités pour le travail qualitatif.
1-2.3.10	Lun – Mar	Formation sur le travail qualitatif et sur la méthode active et adaptative Utilisée pour les enquêtes. Préparation des fiches de collecte de données avec l'équipe. Analyse des premières données collectées sur les provenances par l'équipe NAC. Re-planification des activités en fonction du jour de suivi des cas MAS et selon l'échantillon souhaitable de différents types de CSPS.
3-5.3.10	Merc – Ven	Collecte de données de base et de données qualitatives. Introduction au schéma visuel de Xmind.
6-9.3.10	Sam – Mardi	Collecte de données qualitatives. Tentatives de faire la distribution spatiale. Analyse et comparaison des données collectées avec les données dans les rapports. Mise à jour du schéma visuel de Xmind. Planification de la collecte des données / statistiques des 12 derniers CSPS. Introduction au logiciel de Xmind et l'écriture du rapport.
10-12.3.10	Merc – Ven	Collecte des données / statistiques de base des 12 derniers CSPS. Mise à jour de la distribution spatiale/ le schéma et le rapport Xmind.
13.3.10	Samedi	Analyse de la distribution Spatiale. Reprise de formation sur la méthode active et adaptative pour les enquêtes.
14.3-15.3.10	Dim – Lun	Enquêtes sur des petites zones. Formation sur la Théorie Bayésienne des Probabilités. Evaluation des facteurs positifs et négatifs. Production de la Probabilité à Priori. Planification de l'enquête sur des grandes zones.
16-20.3.10	Mar – Sam	Enquêtes sur des grandes zones.
21.3.10	Dimanche	Analyse des résultats de l'enquête. Construction de l'Evidence Vraisemblable. Production de la Probabilité à Priori.
22.3.10	Lundi	Voyage Diapaga - Ouaga. Debriefing Fada. Vol Ouaga - Londres

Annexe 5: Participants au SQUEAC

Nom	Poste
Du 24.2.10 au 21.3.10	
Sondé Egué	Enquêteur Surveillance Sécurité Alimentaire
Couldiati Joseph	Animateur Nutrition
Bangou Motandi	Technicien de Sécurité Alimentaire
Pour certaines étapes limitées	
Kagayo Paul	Responsable du Programme Nutrition Diapaga
Gansonre Fatimata	Superviseur CSPS
Moribiga Limani	Chef de Projet NAC
Lido Ali	Animateur NAC
Kouanda Hamdy	Chef de Projet IEC
Dr Koalga	Médecin Diapaga