



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

District sanitaire de Diapaga Province de la Tapoa **BURKINA FASO**



1^{er} au 26 Mars 2012

Financée par :

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS.....	3
ACRONYMES	3
RESUME	4
1. INTRODUCTION	8
1.1. CONTEXTE	8
1.2. OBJECTIFS.....	10
1.3. DEFINITION DE CAS.....	11
2. METHODOLOGIE.....	11
2.1. APPROCHE GENERALE	11
2.2. FORMATION DE L'EQUIPE ACF ET ORGANISATION DE L'INVESTIGATION.....	12
3. RESULTATS	12
3.1. ETAPE 1 : IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE ELEVEE OU FAIBLE ET DES BARRIERES A L'ACCESSIBILITE... 12	
3.2. ETAPE 2 : VERIFICATION DES HYPOTHESES SUR LES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE AU MOYEN D'ENQUETES SUR PETITES ZONES.....	27
3.3. ETAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE GLOBALE	29
4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	34
ANNEXE 1 : RESUME DE LA METHODOLOGIE	38
ANNEXE 2 : COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES	40
ANNEXE 3 : FORMATION DU PERSONNEL ACF A LA METHODOLOGIE SQUEAC.....	41
ANNEXE 4 : FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE	42
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E) DES CAS NON COUVERTS.....	43
ANNEXE 6 : COLLECTE DE DONNEES INDIVIDUELLES	44

REMERCIEMENTS

Action Contre la Faim adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible cette enquête : aux autorités administratives et sanitaires de la Tapoa, au Ministère de la Santé du Burkina Faso, au Médecin Chef du District Sanitaire de Diapaga et son équipe, au personnel des formations sanitaires, ainsi qu'aux habitants des villages visités pour leur collaboration et leur hospitalité.

Merci également à toute l'équipe ACF de Diapaga pour sa participation active, dynamique et constructive au cours de l'enquête, ainsi qu'aux enquêteurs et enquêtrices pour la qualité de leur travail et leur motivation.

Enfin, des remerciements particuliers à Saul Guerrero pour son support technique et sa disponibilité au cours des différentes étapes de l'évaluation.

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
APDC	Association d'Appui à la Promotion du Développement Durable des Communautés
ASBC	Agent de Service à Base Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
COGES	Comité de Gestion
CPE	Consultation Préventive Enfant
CREN	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CVD	Conseiller Villageois de Développement
IC	Intervalle Crédible
ICP	Infirmier Chef de Poste
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
NAC	Nutrition à Assise Communautaire
NCHS	National Centre for Health and Statistics
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre Brachial
PSP	Poste de Santé Primaire
SIM	Serving in Mission
SMART	Standardised Monitoring & Assessment in Relief and Transitions
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage

RESUME

ACF met en œuvre depuis 2009 un programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le district sanitaire de Diapaga, s'articulant autour de plusieurs volets :

Au niveau du système de santé :

- Un volet d'appui aux formations sanitaires pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sans complications dans 27 CSPS et des cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales dans 2 CREN.
- Un volet « subvention des soins » garantissant une exemption de paiement pour les personnes souffrant de malnutrition aiguë (modérée et sévère) admises dans les structures. Un projet pilote visant à l'exemption totale de paiement pour tous les enfants de moins de 5 ans a par ailleurs été démarré en novembre 2011 dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou.

Au niveau communautaire :

- Un système de détection, référencement et suivi des cas de malnutrition aiguë s'appuyant sur un réseau d' ASBC (relais communautaires) co-animé en partenariat avec une ONG locale (APDC)
- Des activités de sensibilisation et d'éducation à la santé

Dans le but d'apprécier et d'améliorer les performances du programme en termes de couverture et d'accessibilité, des évaluations de la couverture ont été réalisées de manière annuelle depuis le début du programme au moyen de la méthodologie SQUEAC. Les investigations ainsi menées en 2010 et 2011 ont révélé un faible niveau de couverture en lien avec l'existence de nombreuses barrières tant au niveau des communautés que de l'offre de soins, limitant considérablement l'impact des actions entreprises pour améliorer l'accès au traitement de la malnutrition aiguë.

Un an après la précédente évaluation de la couverture, la présente évaluation met en évidence une amélioration de la couverture du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë, en lien avec les différentes réorientations entreprises. Les performances du programme en terme de dépistage, recrutement et prise en charge des cas –encore non optimales bien qu'ayant progressé -, justifient l'utilisation de la couverture actuelle comme indicateur le plus approprié pour refléter la couverture globale du programme.

La couverture actuelle est estimée à 32,1% [IC 95% : 22,1% - 44,4%]¹

L'impact des activités de sensibilisation a été amélioré grâce à l'utilisation intensive de la radio, l'organisation de campagnes thématiques et l'implication des membres clés des communautés. Le système de dépistage et de référencement de la NAC a été étendu et la stratégie de dépistage affinée. Le recrutement des cas au niveau des CSPS a été amélioré en parallèle, avec notamment une généralisation de l'utilisation du PB comme critère d'admission systématique, ce qui a favorisé une baisse du nombre de rejets parmi les cas référés. Une attention particulière a par ailleurs été portée sur la réorganisation des jours de suivi ainsi que sur l'approvisionnement en ATPE, dans le but d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge au niveau des CSPS. Il en résulte une évolution positive de la perception du service par la communauté, et un accès au service amélioré se traduisant par une hausse des admissions au cours des derniers mois. Le recours aux soins a été particulièrement amélioré dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou concernées par le projet pilote d'exemption totale de paiement pour les enfants de moins de 5 ans.

De nombreuses barrières subsistent cependant, limitant l'amélioration de la couverture.

La connaissance des signes de malnutrition et de l'existence du programme apparaît encore limitée et les croyances traditionnelles restent très ancrées, notamment dans la zone nord - non couverte par la radio de Diapaga- et dans les zones présentant des particularités socio-économiques (populations peulhs, zones commerciales, sites d'or...). Les activités de dépistage, référencement et suivi des abandons, bien

¹ L'estimation de la couverture de la période est de 43,2% [IC 95% 32,5%- 54,7%]. La couverture de la période a tendance à surestimer la couverture des programmes nutritionnels présentant des insuffisances au niveau de la détection et du recrutement des cas, ou des durées de séjour trop longues.

qu'étendues, ne concernent que la moitié des villages de la province. L'évaluation a par ailleurs mis en évidence la persistance d'importantes insuffisances concernant la prise en charge des cas de malnutrition aiguë, dont la qualité reste variable selon les CSPS. Les critères d'admission et de décharge ne sont pas toujours respectés, le traitement systématique n'est pas toujours donné et le remplissage des outils de gestion est souvent insuffisant, de même que l'information donnée aux mères. Ce manque de rigueur dans le suivi des cas admis favorise l'existence de problèmes d'interface entre le service MAM et le service MAS, à l'origine d'une grande partie des cas non couverts.

Au total, l'évaluation SQUEAC révèle une nette amélioration de la couverture en lien avec les réorientations entreprises. Ces progrès sont cependant relativement récents et inégalement répartis : des efforts seront nécessaires pour consolider les avancées en matière de sensibilisation et de prise en charge, et une attention plus particulière devra être portée aux zones caractérisées par un faible niveau de couverture. Cette phase de consolidation apparaît d'autant plus cruciale au vu du contexte actuel de crise nutritionnelle menaçante. Le Burkina Faso s'oriente en outre vers la mise en œuvre prochaine du Plan de Passage à l'Echelle prévoyant l'adoption des critères d'admission OMS 2006. Ces événements constituent autant de défis susceptibles de déstabiliser des acquis encore fragiles, mais représentent également une opportunité d'améliorer le niveau de couverture.

Les recommandations visant à améliorer la couverture sont les suivantes :

- **IEC**

Renforcer les activités de sensibilisation dans les zones de couverture plus faible

- ➔ Etendre les émissions radio et diffusions de spots à la zone Nord (radios de Kantchari et de Botou)
- ➔ Inclure les villages non couverts par la NAC dans les campagnes de sensibilisation
- ➔ Développer des stratégies de sensibilisation adaptées aux zones urbaines (impliquant les acteurs clés des différentes communautés et intégrant les spécificités culturelles)

Adapter le contenu des messages de sensibilisation aux principales barrières identifiées

- ➔ Renforcer le contenu des messages sur les signes de malnutrition (notamment le kwashiorkor), les différents types de traitement, les modalités d'accès au traitement
- ➔ Renforcer l'implication des hommes et des tradipraticiens en évitant les attitudes de rejet et de jugement, et en favorisant la recherche de compromis acceptables culturellement

Impliquer les agents de santé dans les activités de sensibilisation

Assurer une large diffusion d'informations sur les nouveaux produits nutritionnels utilisés pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë en complément ou remplacement des produits déjà existants (farine enrichie, plumpy sup, CSB, plumpy nut), de manière à limiter les confusions et risques d'interférence

- ➔ Apporter des explications claires sur les groupes cibles, les critères d'éligibilité, les conditions d'utilisation en distinguant les distributions préventives de la prise en charge curative
- ➔ Utiliser différents canaux de communication: sensibilisation des autorités et leaders, radio, développement de supports visuels, sensibilisation au niveau des formations sanitaires

- **NAC**

Améliorer le recours aux soins précoce

- ➔ Encourager le référencement spontané et la fréquentation des CPE au-delà de 9 mois
- ➔ Réajuster les connaissances et les pratiques des ASBC et des animateurs NAC sur la détection et le référencement des cas > 6 mois et <65 cm

Assurer une communication en amont sur la réorientation des activités de dépistage dans le cadre du Plan de Passage à l'Echelle

- ➔ En impliquant les autorités sanitaires au premier plan
- ➔ En recadrant le rôle des ASBC au sein du dispositif sanitaire et en favorisant leur reconnaissance et appropriation par les communautés

▪ **FORMATIONS SANITAIRES**

Définir et mettre en œuvre des mesures visant à corriger le problème des cas de MAS pris en charge dans le programme MAM

- ➔ Organiser dans un premier temps une campagne de détection des cas MAS parmi les MAM actuellement pris en charge dans le programme PAM
- ➔ Clarifier les modalités de prise en charge des MAM en lien avec le PAM : fréquence des visites, mesure du PB à chaque visite et réorientation des éventuels cas de MAS vers une prise en charge adaptée
- ➔ Intégrer de manière systématique aux activités de supervision la vérification du statut nutritionnel des cas MAM pris en charge dans le programme PAM, de manière à détecter et réorienter les éventuels cas de MAS

Améliorer la détection des cas de malnutrition aiguë

- ➔ Promouvoir l'accès libre aux activités de dépistage des enfants au-delà de 9 mois²
- ➔ Favoriser l'implication des collectivités et COGES dans la gestion et l'organisation des CPE
- ➔ Plaidoyer pour l'abandon des pratiques de majoration du carnet de santé pour les femmes ayant accouché à domicile
- ➔ Systématiser la détection des cas de malnutrition aiguë au cours des consultations curatives
- ➔ Étendre l'utilisation systématique du PB à toutes les formations sanitaires
- ➔ Améliorer la précision des mesures de PB
- ➔ Clarifier les critères d'admission et les modalités de prise en charge pour les cas > 6 mois et < 65 cm et pour les cas < 6 mois

Renforcer la qualité de la prise en charge

- ➔ Axer les supervisions sur les insuffisances identifiées : utilisation des outils de gestion, respect des critères d'admission et de décharge, suivi des cas admis, délivrance du traitement systématique, notification des abandons, conduite à tenir pour les cas de non-réponse
- ➔ Améliorer la sensibilisation et l'information données aux mères sur les modalités du traitement : fréquence des visites, durée du traitement, conditions d'utilisation des produits nutritionnels

Garantir un approvisionnement régulier en intrants

- ➔ Poursuivre les actions entreprises pour améliorer la gestion des stocks et l'expression des besoins
- ➔ Plaidoyer pour un approvisionnement régulier par le PAM et une meilleure communication sur les délais d'acheminement et la durée des éventuelles ruptures
- ➔ En cas de rupture de stock, apporter une information claire aux mères et aux ASBC de manière à limiter les déplacements inutiles et les abandons

▪ **SUBVENTION**

Renforcer le suivi du système d'exemption de paiement pour les cas de malnutrition aiguë

- ➔ Renforcer la sensibilisation des communautés et des autorités locales sur la gratuité du traitement de la malnutrition aiguë et les modalités d'accès à cette exemption
- ➔ Impliquer le district dans le suivi et le contrôle du système de subvention
- ➔ Favoriser un dialogue constructif et régulier avec les agents de santé afin d'échanger sur les difficultés et contraintes rencontrées et de rechercher des solutions communes

Plaidoyer pour la gratuité des soins pour tous les enfants de 0 à 5 ans afin de faciliter le recours aux soins

- ➔ Poursuivre le travail de capitalisation initié sur le volet de subvention afin d'appuyer ce plaidoyer

▪ **COORDINATION INTERNE ET EXTERNE**

Améliorer le monitoring des activités

- ➔ Adapter les procédures RH de manière à permettre des visites de supervision régulières dans les CSPPS les samedis (jours de suivi)

² La fréquentation des CPE (porte d'entrée principale des cas de malnutrition aiguë) est liée au calendrier vaccinal et de fait concerne essentiellement les enfants de moins de 9 mois, dans une moindre mesure les enfants de moins de 24 mois et rarement les enfants au-delà de 24 mois. Ceci limite les possibilités de dépistage des enfants de 24 à 59 mois.

- ➔ Harmoniser et capitaliser les outils de monitoring de manière à faciliter le suivi et l'analyse des données relatives aux activités nutritionnelles (rapports statistiques mensuels, données des CREN, données des dépistages ACF et APDC, mise à jour des monographies des aires sanitaires)
- ➔ Réaliser à intervalles réguliers des évaluations de la couverture : compléter la collecte et l'analyse des données de routine par une collecte de données complémentaires à l'aide des outils de monitoring proposés par la méthodologie SQUEAC (cf. proposition en annexe 6). Renouveler l'exercice au minimum tous les 6 mois, ou ponctuellement en cas de changement dans le contexte ou les activités.

Améliorer la coordination avec les partenaires impliqués localement dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition

- ➔ Promouvoir l'organisation de réunions de coordination régulières au niveau du district, solliciter la présence du PAM
- ➔ Veiller à l'élaboration de stratégies communes et cohérentes

Assurer une transmission d'information régulière entre le niveau central et les partenaires de mise en œuvre (équipes ACF et district) concernant les différentes étapes du Plan de Passage à l'Echelle et la révision du protocole national, de manière à anticiper sur les différentes mesures à entreprendre en conséquence.

Plaidoyer pour une révision adaptée du protocole national de prise en charge

Dans un pays où le taux de MAG reste supérieur à 10% (même avec une campagne agricole excédentaire), il n'apparaît pas efficient de confier la prise en charge des MAM aux structures de santé qui manquent cruellement de personnel (de façon structurelle). Dans ces conditions la qualité de la prise en charge sera toujours remise en cause sans solution. Il s'avère donc nécessaire de plaider en faveur de la gestion des MAM par la collectivité ou les COGES afin que les CSPS puissent se concentrer sur les MAS (ex : protocole national du Mali).

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

La Province de la Tapoa, située à la confluence du Niger et du Bénin, appartient à la région de l'Est du Burkina Faso. Elle est caractérisée par un contexte agro-écologique de savane arborée interrompue par des bas-fonds drainant les eaux pluviales et abritant des cours d'eau généralement non permanents.

Sa population, estimée à 401 835 habitants³, est répartie sur 8 communes majoritairement rurales : Botou, Diapaga, Kantchari, Namounou, Tambaga, Tansarga, Partiaga et Logobou. Le chef-lieu de la Province est Diapaga.

Sur le plan sanitaire, la province est couverte par le District Sanitaire de Diapaga. Il est divisé en 26 aires sanitaires, chacune comportant au minimum un CSPS. Au total, le district sanitaire de Diapaga compte 27 CSPS et un CMA (cf. figure 1).

La province de la Tapoa présente des taux de malnutrition aiguë parmi les plus élevés du pays. Selon les résultats d'une enquête nutritionnelle anthropométrique SMART réalisée par ACF en Mars 2011 et portant sur les enfants de 6 à 59 mois, la prévalence de la malnutrition aiguë globale exprimée en z-score⁴ selon les normes NCHS 1977 était de 14,9% [IC⁵ 95% : 12,2% - 18,0%], dont 2,1% de malnutrition aiguë sévère [IC 95% : 1,0% - 4,4%]. L'enquête indiquait par ailleurs des prévalences⁶ élevées concernant la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale.

Comme les autres régions de la ceinture sahélienne, la province de la Tapoa a vu ces dernières années une augmentation de la fréquence et de l'intensité des crises climatiques, atteignant un point culminant au cours de la dernière saison agricole particulièrement médiocre. Cette vulnérabilité aux événements climatiques, ajoutée à une diversité alimentaire insuffisante, des pratiques de soins infantiles inadéquates, une couverture sanitaire faible et un accès à l'eau potable limités sont autant de facteurs favorisant les problèmes de malnutrition dans la province.

ACF met en œuvre depuis 2008 des projets de nutrition, sécurité alimentaire, eau et assainissement dans la Province de la Tapoa.

Le programme de nutrition, opérationnel depuis février 2009, vise à améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le District Sanitaire de Diapaga, à travers un appui technique aux acteurs locaux. Il s'articule autour de plusieurs volets :

Au niveau du système de santé :

- Un volet d'appui aux formations sanitaires pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sans complications en CSPS et des cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales en CREN. Les 27 CSPS que compte la province bénéficient actuellement de cet appui. ACF apporte également un appui technique au CMA de Diapaga ainsi qu'à la structure de santé privée de Mahadaga SIM pour la prise en charge des cas compliqués en CREN.
- Un volet « subvention des soins » garantissant une exemption de paiement pour les personnes souffrant de malnutrition aiguë (modérée et sévère) admises dans les structures. Un projet pilote visant à l'exemption totale de paiement pour tous les enfants de moins de 5 ans a par ailleurs été démarré en novembre 2011 dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou.

Au niveau communautaire :

- Un système de détection, référencement et suivi des cas de malnutrition aiguë s'appuyant sur un réseau d'ASBC (relais communautaires) appuyés par des animateurs employés par ACF pour une part et par une ONG locale partenaire, APDC, d'autre part. Cette activité de la NAC (Nutrition à Assise

³ Source : District Sanitaire de Diapaga, 2011

⁴ En pourcentage de la Médiane : MAG = 8,2% [95% IC : 6,0-11,0] & MAS = 1,1% [95% IC : 0,4-3,1]

⁵ Intervalle de confiance

⁶ Enquête nutritionnelle SMART ACF, Mars 2011, prévalences exprimées en z-score selon les normes NCHS 1977 avec intervalle de confiance à 95% :

Malnutrition chronique globale : 35,4% [95% IC : 30,5%-40,7%]

Insuffisance pondérale : 43,3% [95% IC : 38,5%-48,3%]

Communautaire) a été progressivement étendue au cours des dernières années et couvre actuellement 250 des 527 villages et hameaux de culture de la Tapoa.

- Des activités de sensibilisation et d'éducation à la santé, développées de manière transversale avec les programmes d'eau, assainissement, hygiène et sécurité alimentaire.

Dans le cadre des activités visant à améliorer la sécurité alimentaire des foyers, ACF a par ailleurs démarré en décembre 2011 un projet de production et de commercialisation de farines infantiles enrichies à tarif social.

Dans le but d'apprécier et d'améliorer les performances du programme en termes de couverture et d'accessibilité, des évaluations de la couverture ont été réalisées chaque année depuis le début du programme utilisant la méthodologie SQUEAC. Les investigations ainsi menées en 2010 et 2011 ont révélé un faible niveau de couverture (cf tableau 1) en lien avec l'existence de nombreuses barrières tant au niveau des communautés que de l'offre de soins, limitant considérablement l'impact des actions entreprises pour améliorer l'accès au traitement de la malnutrition aiguë.

Ces barrières concernaient notamment l'utilisation insuffisante du périmètre brachial comme critère d'admission au niveau des CSPS, à l'origine de nombreux rejets et de problèmes d'interface entre les services de prise en charge des cas MAM et des cas MAS. La dernière évaluation avait par ailleurs mis en évidence la persistance d'importantes insuffisances concernant la qualité de la prise en charge, une utilisation inadéquate des outils de suivi, et la persistance de ruptures d'approvisionnement en ATPE. Enfin, la sensibilisation des communautés sur les signes de malnutrition et les modalités d'accès au traitement était apparue insuffisante, restreignant le recours aux soins spontanés.

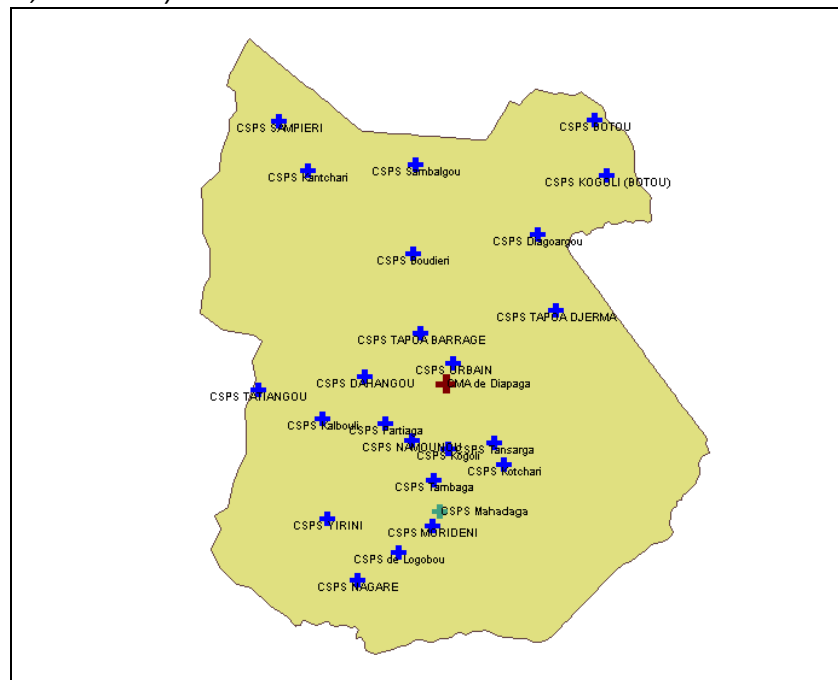
L'identification de ces barrières et insuffisances avait permis de formuler des recommandations visant à améliorer la couverture du programme, et différentes réorientations ont été entreprises dans ce sens par ACF et ses partenaires.

Un an après la précédente évaluation SQUEAC, il apparaissait donc essentiel de reproduire cet exercice afin d'apprécier l'impact des réorientations entreprises.

Tableau 1: Résultats des évaluations SQUEAC en 2010 et 2011 (Évaluation SQUEAC Valid/ACF Février-Mars 2010 et Évaluation SQUEAC ACF Mars-Avril 2011, province de la Tapoa, Région de l'Est, Burkina Faso)

	Evaluation SQUEAC Valid/ ACF Février- Mars 2010	Evaluation SQUEAC ACF Mars- Avril 2011
Couverture actuelle	21,8% [IC 95%: 13.2% - 32.2%]	17,6% [IC 95% : 7,8% - 31,6%]
Couverture de la période	22,8% [IC 95%: 14.4% - 33.2%]	23.5% [IC 95%: 12.7% - 37.9%]

Figure 1 : Carte géographique du district sanitaire de Diapaga (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



1.2. OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général était d'évaluer la couverture du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le District Sanitaire de Diapaga, sur la base d'une Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC⁷ en anglais).

Cette évaluation concernait les cas de malnutrition aiguë sévère.

Objectifs spécifiques

1. Fournir une formation (si possible) de formateurs au personnel d'ACF sur la méthodologie SQUEAC
2. Estimer la classification globale de la couverture dans les zones cibles identifiées du programme
3. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention
4. Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aiguë en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants des enfants souffrant de malnutrition aiguë 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
6. Assurer un briefing pour le personnel du programme pour discuter et comparer les différents niveaux de couverture à travers la zone d'intervention du programme
7. Rédiger un rapport qui présente les résultats de l'évaluation et qui prend en compte les différences relevées.

⁷ SQUEAC : Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage

1.3. DEFINITION DE CAS

La définition de cas utilisée au cours de la présente enquête était : « *tout enfant âgé de 6 à 59 mois présentant une des caractéristiques suivantes : PB<110 mm et taille >65 cm ou présence d'œdèmes bilatéraux* »

2. METHODOLOGIE

2.1. APPROCHE GENERALE

L'outil d'évaluation SQUEAC a été développé afin de fournir une méthodologie efficace et précise permettant d'identifier les barrières à l'accessibilité et d'estimer le taux de couverture des programmes de nutrition.

SQUEAC est une évaluation « semi-quantitative » combinant deux types de données :

- données quantitatives (résultats des précédentes SQUEAC, données de routine et données collectées au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones)
- données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté et des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

L'analyse de ces données est gouvernée par le principe de triangulation, les informations étant collectées auprès de différentes sources au moyen de différentes méthodes et croisées jusqu'à redondance avant d'être validées.

En mettant l'accent sur la collecte et l'analyse intelligente des données en amont de la phase de terrain, l'investigation apporte un éclairage sur le fonctionnement du service, permet de limiter la collecte des données quantitatives et facilite l'interprétation des résultats.

La méthodologie SQUEAC se compose de trois étapes principales (cf. résumé en annexe 1) :

1. *ETAPE 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité*

Cette étape s'appuie sur l'analyse des données de routine du programme et de données complémentaires collectées au niveau des formations sanitaires, et sur les informations qualitatives collectées au cours d'entretiens individuels ou de groupes de discussion auprès des personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans le programme.

Cette étape de l'investigation permet d'identifier les facteurs influençant la couverture et d'aboutir à la formulation d'hypothèses sur les zones de couverture « faible » ou « élevée ».

2. *ETAPE 2 : Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones*

L'objectif de la seconde étape est de confirmer au moyen d'enquêtes sur petites zones l'hypothèse sur les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'étape précédente d'analyse.

3. *ETAPE 3 : Estimation de la couverture globale*

L'étape d'analyse des données qualitatives et quantitatives permet d'identifier les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur la couverture, et débouche sur la formulation d'une appréciation de la couverture : la *Probabilité a Priori*. Celle-ci est traduite numériquement à l'aide de la théorie Bayésienne des probabilités, et enrichie par la réalisation d'enquêtes sur une grande zone, dont le but est de recenser le nombre total de cas de malnutrition aiguë sévère de la zone et parmi eux le nombre de cas couverts. Les données de l'enquête sur grande zone constituent l'*Evidence Vraisemblable*.

Une synthèse de la *Probabilité a Priori* et de l'*Evidence Vraisemblable* est ensuite générée au moyen d'un logiciel développé sur le modèle mathématique bayésien : cette synthèse – la *Probabilité a Posteriori* – correspond à l'estimation de la couverture globale, exprimée avec un intervalle de crédibilité à 95%.

2.2. FORMATION DE L'ÉQUIPE ACF ET ORGANISATION DE L'INVESTIGATION

▪ *Formation de l'équipe*

Une journée d'atelier de travail a été organisée au démarrage de l'enquête en présence de l'équipe nutrition ACF de Diapaga, de 4 membres de l'équipe nutrition de l'ONG APDC et du statisticien de l'équipe cadre du district. Cet atelier avait pour objectif de présenter les grandes étapes de la méthodologie SQUEAC et de faire participer l'équipe à l'analyse des données quantitatives du programme.

3 membres de l'équipe ACF ont été identifiés pour participer à l'ensemble du processus d'investigation : une formation plus approfondie sur la méthodologie SQUEAC leur a été dispensée sous forme de courtes sessions de formation et de brainstorming au fur et à mesure de l'avancée de l'investigation. La formation n'a pas intégré de volet « formation de formateurs ». L'adjoint du responsable de programme - en partie formé à la méthodologie lors de la précédente évaluation- a été plus particulièrement impliqué dans l'organisation et la réalisation de l'évaluation.

La réalisation d'une prochaine investigation par cet adjoint pourrait être envisagée sous réserve qu'un accompagnement et un support à distance puissent être fournis par ACF.

La liste des personnes ayant participé aux différentes étapes de l'enquête est présentée en annexe 3.

▪ *Organisation de l'investigation*

Les enquêtes sur petites et grande zone ont été réalisées par 10 enquêteurs répartis en 5 équipes. Chaque équipe était composée d'un enquêteur recruté localement sur dossier et entretien, et d'un animateur de la NAC. Sur les 5 animateurs NAC identifiés pour participer à l'enquête, 3 étaient des animateurs NAC-ACF et 2 des animateurs NAC-APDC. La plupart des enquêteurs et animateurs avaient déjà participé à l'une des précédentes SQUEAC menées dans la province ou avaient une expérience en enquête nutritionnelle anthropométrique. Une journée de formation a été dispensée préalablement aux enquêtes terrain à l'ensemble des enquêteurs et animateurs. La planification des villages à enquêter pour chaque équipe a été faite de manière à ce que les animateurs de la NAC enquêtent des villages n'appartenant pas à leur zone d'intervention habituelle. Une supervision quotidienne des équipes a été réalisée par la responsable de l'évaluation SQUEAC tout au long de l'enquête. 3 membres de l'équipe nutrition ACF ont également effectué des sorties de supervision ponctuelles dans la mesure de leur disponibilité.

Les déplacements entre la base ACF et les villages ont été effectués en moto pour les enquêteurs et animateurs, et en véhicule pour les équipes de supervision. Au total, 10 motos et 2 véhicules ont été nécessaires au déroulement de l'enquête. Le nombre de villages à enquêter par équipe était de un à deux villages par jour selon les distances à parcourir et la taille des villages.

3. RESULTATS

3.1. ETAPE 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité

La première étape avait pour but d'identifier les zones de couverture élevée ou faible ainsi que les barrières à l'accessibilité, à partir de l'analyse des données de routine du programme et des informations qualitatives collectées auprès des différents acteurs clés.

3.1.1 Admissions : nombre total et tendances au cours du temps

Le service PCMA, débuté en février 2009, a d'abord été mis en place dans 25 CSPS et 2 CREN. Il a par la suite été étendu à 27 CSPS en mars 2010, suite à l'ouverture de 2 nouveaux CSPS dans le district. Les activités de dépistage et référencement au niveau communautaire ont été mises en place dans un premier temps dans 12 aires sanitaires, puis ont progressivement été étendues en partenariat avec l'ONG APDC. Les 26 aires sanitaires du district sont actuellement couvertes par les activités de la NAC.

La courbe des admissions au cours du temps reflète ces extensions et révèle une augmentation progressive des admissions, plus particulièrement accentuée à partir de septembre 2011.

Au total, le nombre d'admissions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère était de 1441 en 2010, et de 1814 en 2011.

3.1.2 Admissions et besoins

Un calendrier des différents évènements saisonniers (évènements climatiques et agricoles, morbidité) a été élaboré par l'équipe et confronté à la courbe des admissions des cas de malnutrition aiguë sévère, afin d'évaluer dans quelle mesure le programme répondait aux besoins saisonniers.

Le graphique ci-après (figure 2) présente la courbe des admissions (données lissées) mise en lien avec le calendrier saisonnier.

Une augmentation des admissions est observée de façon similaire en 2010 et 2011 pendant la période de février à juin. Cette période est identifiée par l'équipe comme marquée par une forte prévalence des infections respiratoires et des maladies diarrhéiques entre janvier et mars, puis par le début de la période de soudure à partir du mois de mai.

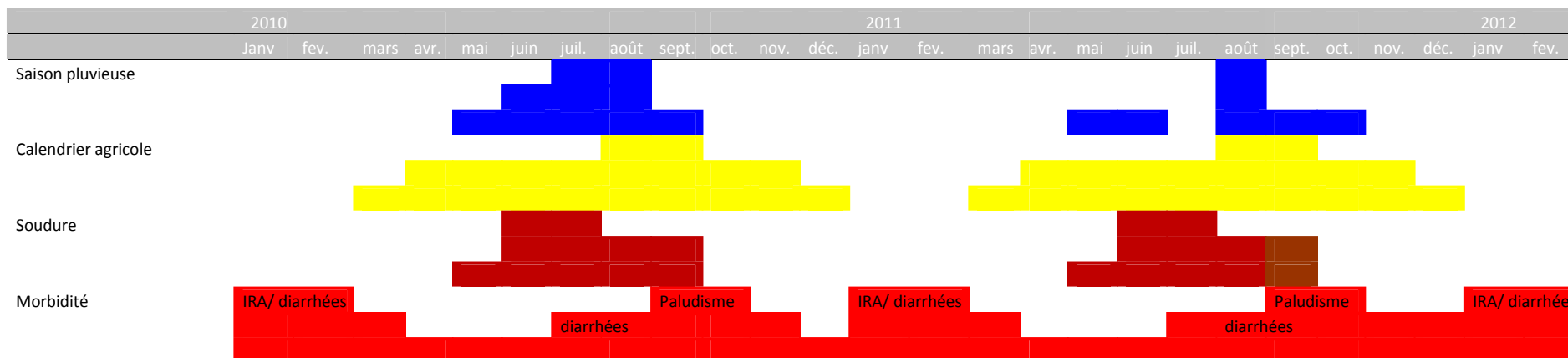
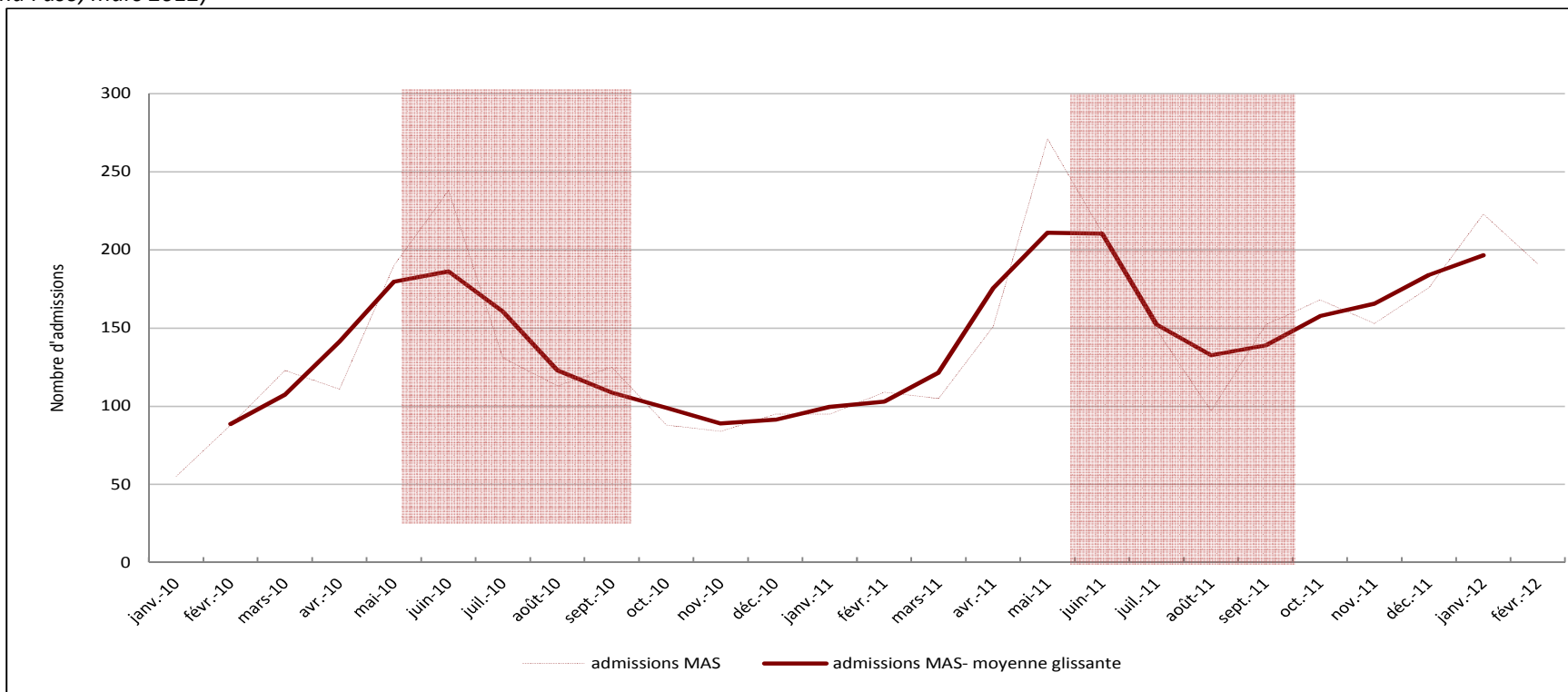
Une baisse des admissions est ensuite constatée à partir du mois de juillet, que l'équipe met en lien avec une moindre disponibilité des mères pendant la période des travaux champêtres et des déplacements rendus plus difficiles par la saison des pluies (présence de bas-fonds notamment). Cette période correspond pourtant à la période de soudure ainsi qu'à une période de forte prévalence des cas de paludisme, laissant penser que le programme ne répond que partiellement aux besoins en terme de malnutrition aiguë à ce moment de l'année. La baisse des admissions observée pendant la période de soudure 2010 est également à mettre en lien avec des ruptures de stock prolongées d'ATPE et de rations sèches du PAM en juin et juillet 2010, se traduisant par une moindre fréquentation du service PCMA.

La baisse des admissions durant la période de soudure de 2011 apparaît moins marquée et moins prolongée qu'en 2010, avec une nette augmentation à partir de septembre (contre février en 2010) suggérant une réponse aux besoins améliorée.

Ces différentes variations sont par ailleurs à replacer dans le contexte particulier de forte insécurité alimentaire que traverse actuellement la province de la Tapoa : en effet, au même titre que les autres zones du Sahel, la province a globalement connu une très mauvaise campagne agricole en 2011, avec toutefois des zones moins touchées (zone sud notamment).

La hausse des prix des denrées alimentaires observée au cours des derniers mois confirme la précarité de la situation économique des ménages cette année. Les entretiens avec les différents acteurs clés n'ont pas mis en évidence de lien direct entre la mauvaise campagne agricole et l'augmentation précoce des admissions observée depuis septembre. La situation économique des ménages a cependant continué à se détériorer par la suite et un lien avec le maintien à la hausse des admissions pendant le premier trimestre 2012 ne peut être exclu.

Figure 2 : Evolution des admissions MAS dans les CSPS et les CREN et calendrier saisonnier de janvier 2010 à février 2012 (District sanitaire de Diapaga, Region de l’Est, Burkina Faso, mars 2012)



3.1.3 Admissions et évènements clés

Les principaux évènements clés en lien avec la couverture intervenus depuis la dernière évaluation SQUEAC ont été identifiés par les différents acteurs clés et reportés dans le tableau 2 ci-dessous. On notera parmi ces évènements :

- la désignation d'un « répondant nutrition » par CSPS, qui constitue le point focal pour les activités de prise en charge,
- l'adaptation de la stratégie de dépistage communautaire à compter du mois d'août 2011, avec la réalisation de dépistages en porte à porte tous les deux mois (les dépistages étaient précédemment réalisés tous les mois à un point du village)
- le lancement de campagnes de sensibilisation utilisant largement la radio à partir du mois de septembre 2011
- la réalisation d'une distribution préventive de denrées alimentaires (farine de maïs, haricot, huile, sucre) par le PAM dans les différentes formations sanitaires entre octobre et décembre 2011, à destination des femmes enceintes et des enfants de 6 à 24 mois
- la réorganisation des jours de dépistage et de prise en charge des cas de malnutrition aiguë à partir du mois de novembre 2011, avec dans la plupart des CSPS la mise en place d'un jour d'accueil supplémentaire afin de réduire l'affluence et diminuer l'attente
- la généralisation de l'utilisation systématique du périmètre brachial comme critère d'admission au niveau des CSPS, effective depuis décembre 2011
- le démarrage du système d'exemption totale de paiement pour les enfants de moins de 5 ans dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou à compter du mois de novembre 2011

Ces différents évènements sont à mettre en lien avec la tendance croissante des admissions observée depuis septembre 2011, suggérant une amélioration de la couverture.

Tableau 2 : Calendrier des évènements clés relatifs au service PCMA de janvier 2011 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

	2011												2012	
	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	janv.	févr.
Nouvelles grappes NAC		1					4							
Renforcement de l'équipe d'animateurs NAC														
Dépistage en porte à porte														
Campagnes de sensibilisation														
Distribution préventive par le PAM														
Exemption totale <5ans commune de Logobou														
Répondant nutrition dans les CSPS														
Réorganisation des CPE/ suivi MAS														
Utilisation systématique du PB effective														
Ruptures localisées de rations sèches du PAM														

3.1.4 Admissions et critères d'entrée

Le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë s'appuie sur les normes NCHS 1977 et recommande l'utilisation des critères d'admissions suivants pour les enfants de moins de 6 à 59 mois:

- Présence d'œdèmes bilatéraux et/ou
- PB inférieur à 110 mm (si taille >à 65 cm) et/ ou
- Rapport P/T < 70%

La précédente évaluation SQUEAC avait révélé une utilisation non systématique du PB comme critère d'admission, car considéré par les agents de santé comme un outil de dépistage massif sans réelle valeur diagnostique. Cette situation était à l'origine de nombreux rejets et d'admissions tardives, constituant un facteur limitant fortement la couverture.

Une nette amélioration a pu être notée au cours de la présente évaluation : un recyclage des agents de santé sur ce point a été effectué et souligné au cours des supervisions. L'utilisation du PB de façon systématique pour les admissions est réellement effective depuis le mois de décembre 2011 dans l'ensemble des formations sanitaires, à l'exception de 2 CSPS qui manifestent encore des réticences (Namounou et Kotchari). Les agents de santé rencontrés au cours de la collecte d'informations qualitatives ont tous fait le lien entre cette utilisation du PB et l'augmentation des admissions observées au cours des derniers mois.

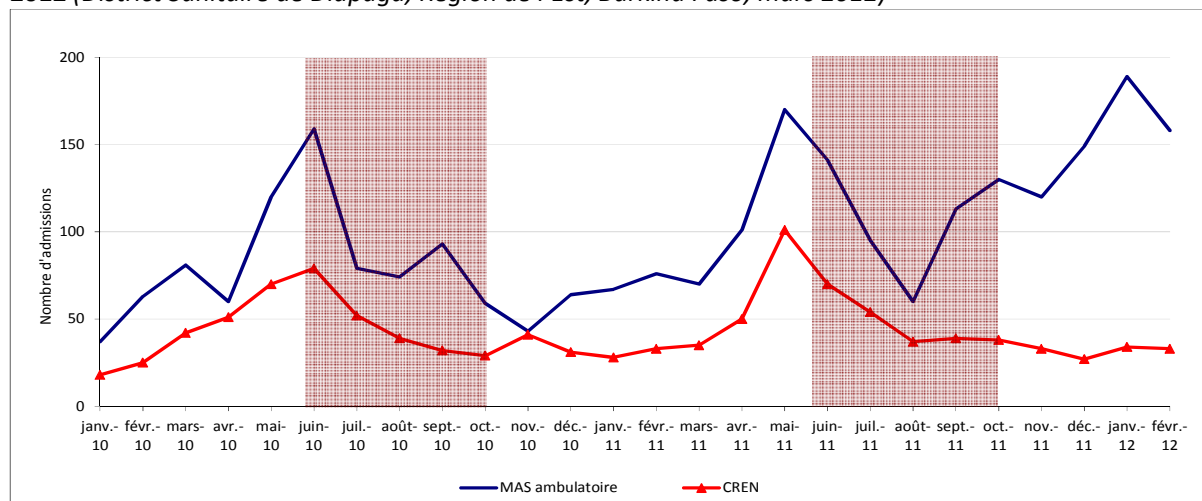
Il a par ailleurs été relevé une confusion dans la compréhension des critères d'admission et de référencement concernant les enfants de moins de 6 mois et les enfants de plus de 6 mois mais ayant une taille inférieure à 65 cm. Malgré l'organisation d'une formation des agents de santé sur ce sujet, la conduite à tenir reste floue et inégalement appliquée. Le rapport poids/ taille n'est souvent pas effectué pour ces enfants, et pour les enfants de moins de 6 mois seuls les cas de moins de 3 kg sont en général référés vers les CREN.

Or, il est à noter que près du tiers des enfants admis en 2011 au CREN de Diapaga avait une taille inférieure à 65 cm⁸, ce qui souligne la vulnérabilité particulière de ces cas et l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoces.

3.1.5 Admissions en CSPS et admissions en CREN

L'analyse des courbes d'admission des cas MAS compliqués en CREN suit les mêmes tendances en 2010 et 2011 avec un pic d'admission entre mars et juin (en lien avec la forte prévalence des affections respiratoires en début d'année). La courbe des admissions des cas MAS en ambulatoire se démarque elle nettement en 2011 de la tendance observée en 2010 : on assiste en effet à une augmentation importante des cas MAS en ambulatoire à partir de septembre, alors que le nombre d'admissions des cas compliqués reste stable. Cette situation est à mettre en lien avec les différentes réorientations du programme et suggère une capture des cas MAS plus précoce, limitant le nombre de cas présentant des complications.

Figure 3 : Évolution des admissions des cas MAS en ambulatoire et en CREN de janvier 2010 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



⁸ Dr KONATE Claudine, « Contribution à l'amélioration des indicateurs de performance sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications au niveau du district sanitaire de Diapaga, Round 1 & 2 », version provisoire, décembre 2011- janvier 2012

3.1.6 Admissions par CSPS

Les graphiques suivants présentent la répartition de la population des 6-59 mois dans les différentes aires sanitaires du district (figure 4) et la répartition des admissions MAS ambulatoires par CSPS (figure 5). L'aire sanitaire de Mahadaga disposant de 2 CSPS dans la même localité (un privé et un public), leurs données d'admission respectives ont été additionnées.

Figure 4 : Répartition de la population des enfants de 6 à 59 mois dans les différentes aires sanitaires du district de Diapaga, données de population 2011 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

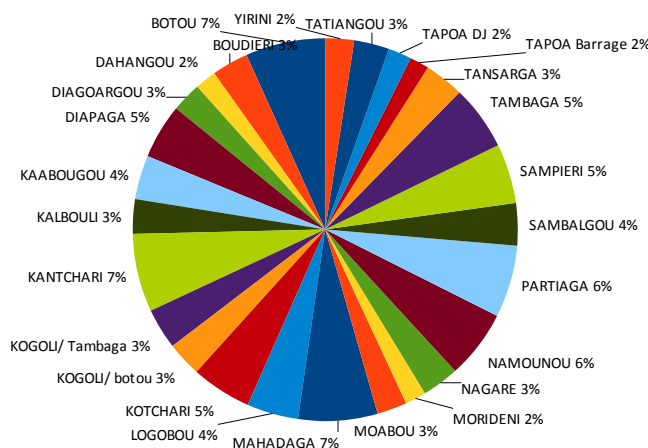
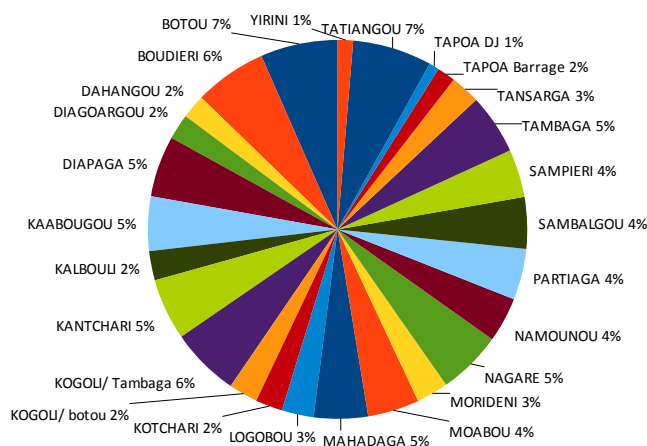


Figure 5 : Répartition des admissions MAS ambulatoires dans les différentes aires sanitaires du district de Diapaga de janvier 2011 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



Dans l'ensemble, il n'apparaît pas de différences majeures dans la distribution des admissions par rapport à la distribution de la population des 6 à 59 mois. Les cas particuliers suivants sont cependant à signaler:

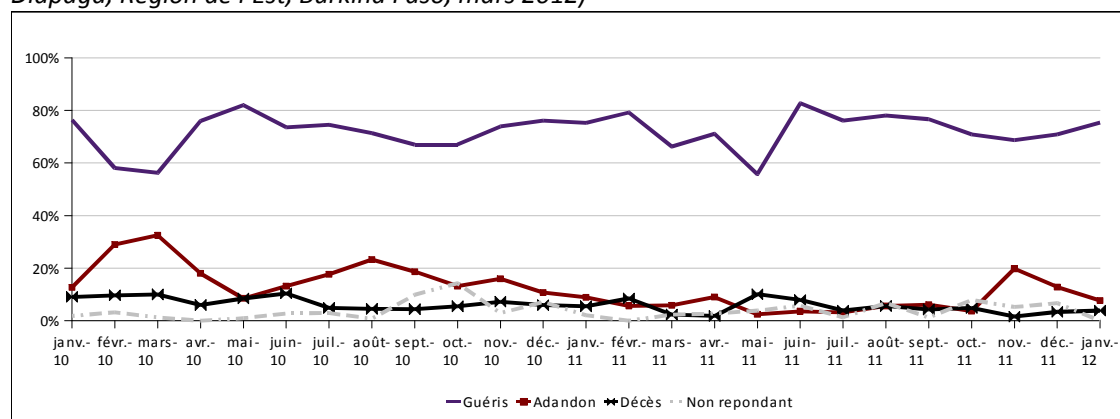
- cas du CSPS de Tatiangou : il s'agit du CSPS qui a reçu le plus grand nombre d'admissions au cours de la période janvier 2011- février 2012 (106 admissions), pour une population des 6-59 mois relativement restreinte. Un examen détaillé des données d'admission à partir des registres et fiches individuelles a été réalisé au cours de l'investigation et révèle une application inadéquate des critères d'admission et de décharges, résultant en un nombre important d'erreurs d'admission et d'abandons non notifiés (sur 56 admissions relevées au cours des 6 derniers mois, 22 cas d'abandons n'avaient pas été notifiés)

- Cas du CSPS de Kogoli de Tambaga : ce CSPS présente également une proportion d'admission relativement élevée par rapport à la population des enfants de 6 à 59 mois. L'examen détaillé des outils de gestion et la collecte d'informations qualitatives supplémentaires réalisés révèle pour ce CSPS une application correcte des critères d'admission et de décharges, une utilisation adéquate des outils de gestion ainsi qu'une bonne réputation auprès des communautés. Ces éléments participent à une bonne fréquentation du centre, avec un nombre significatif d'admissions en provenance d'aires sanitaires voisines (sur 61 admissions au cours des 6 derniers mois, 13 provenaient d'aires sanitaires voisines, soit 21%)

Ces constats suggèrent l'existence de différences dans la qualité de prise en charge entre les différents CSPS, se traduisant par une probable couverture plus élevée ou plus faible selon les cas.

3.1.7 Décharges du programme

Figure 6 : Evolution des indicateurs de performance de janvier 2010 à janvier 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



Les indicateurs de performance apparaissent à première vue relativement satisfaisants.

Ces données sont cependant à interpréter avec précautions : en effet, l'investigation a révélé des insuffisances dans le remplissage des registres et l'application des critères de décharges dans plusieurs centres (absences et sorties non renseignées, décharges précoces). Sur les 7 centres visités lors de la collecte d'informations qualitatives, il est apparu que les sorties n'étaient pas correctement renseignées dans les registres pour 4 centres.

▪ **Abandons**

Un pic du taux d'abandon est observé en novembre et décembre 2011 : il correspond à un « nettoyage » des registres effectué par les équipes de supervision face au problème des sorties non renseignées. Ce problème est important à considérer au cours de chaque supervision dans la mesure où les abandons constituent autant de cas potentiellement MAS non couverts, qui ne sont pas recherchés s'ils ne sont pas notifiés.

Les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer les abandons étaient un déplacement de la mère vers un autre village (visite familiale, migration économique), une incapacité à se déplacer en cas de maladie ou de grossesse (notamment en cas de grossesse rapprochée en raison de la stigmatisation), une distance trop longue.

▪ **Non-répondants**

Les cas de non-réponse au traitement constituaient 3,8% des décharges du programme en 2010 et 4,1% en 2011. Il est apparu au cours de l'investigation que de nombreuses admissions ne bénéficiaient pas du traitement systématique, ce qui peut favoriser les cas de non-réponse : sur les 7 CSPS visités au cours de la collecte d'informations qualitatives, 6 ne délivraient pas le traitement de façon systématique (d'après l'examen des fiches individuelles et les entretiens avec les bénéficiaires).

Ce problème semble être lié à l'organisation du circuit des bénéficiaires les jours de CPE et de suivi ainsi qu'à une réticence des agents de santé par rapport au système de subvention des soins pour les malnutris, perçu comme engendrant une charge de travail supplémentaire.

- **Décès**

Bien que le taux de décès soit globalement correct pour l'ensemble du service PCMA, il reste élevé dans les CREN (14,5% des sorties en 2010 et 15,1% en 2011), et notamment dans le CREN de Diapaga qui reçoit les cas les plus compliqués et dispose d'un plateau technique et d'une supervision médicale très limités. Une expertise a été menée face à ce problème de décembre 2011 à mars 2012⁹ par une consultante, débouchant sur des recommandations en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge dans les CREN. Des mesures correctives ont été initiées dans ce sens (renforcement en ressources humaines et formation, commande de matériel médical et médicaments, travaux de réhabilitation).

3.1.8 Données individuelles complémentaires

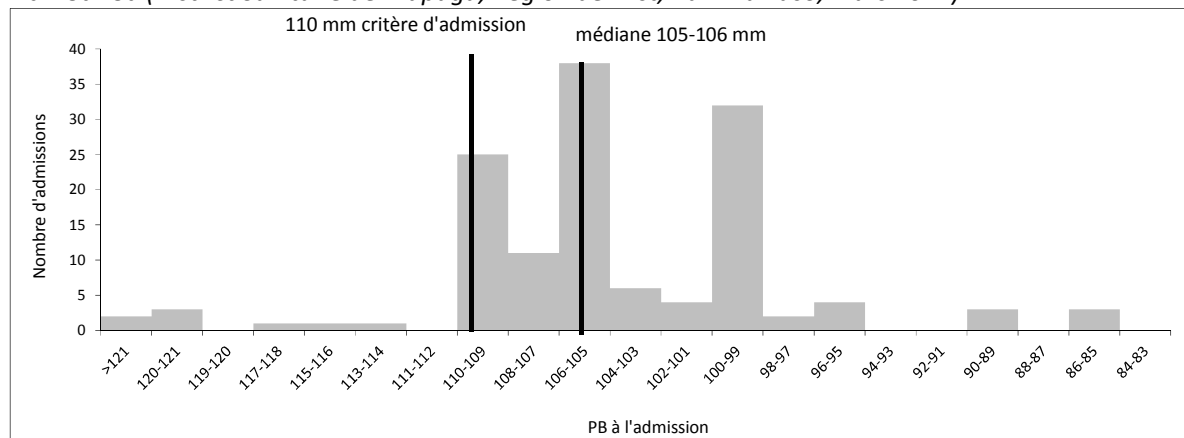
Des données quantitatives complémentaires ont été collectées à partir des registres et fiches individuelles de 10 CSPS, sélectionnés de manière à assurer une représentativité de l'ensemble du district.

- **PB à l'admission**

En raison de l'adoption encore récente du PB comme critère d'admission, l'analyse a été limitée aux 3 mois précédents l'évaluation (décembre 2011 à février 2012).

On constate une surreprésentation des valeurs arrondies (100, 105, 110) suggérant une mesure du PB imprécise et manquant de rigueur. La médiane se situe à 105-106 mm, ce qui est relativement éloigné du critère d'admission et suggère une capture des cas encore trop tardive.

Figure 7 : Périmètre brachial des cas MAS admis entre décembre 2011 et février 2012 dans les CSPS de Kogoli de Tambaga, Tambaga, Tansarga, Yirini, Boudieri, Tatiangou, Botou, Nagaré, Kantchari et Namounou (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



- **Admissions et distances**

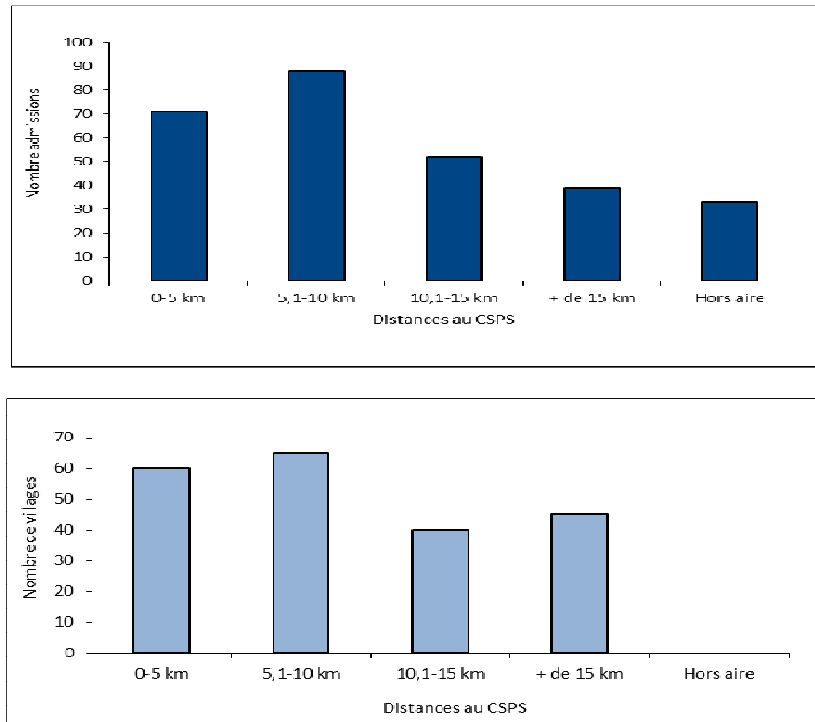
Le nombre d'admissions au cours des 6 derniers mois en fonction de la distance a été comparé à la distribution des villages¹⁰. On constate un nombre d'admissions relativement symétrique au nombre de villages pour chaque catégorie de distance, avec toutefois un nombre d'admissions moindre pour les villages à plus de 15 km, suggérant une couverture moins bonne pour les villages éloignés. La distance comme frein à l'accessibilité avait déjà été mis en évidence lors des précédentes évaluations.

Figure 8 : Distribution des admissions et des villages en fonction des distances, admissions MAS de septembre 2011 à février 2012, CSPS de Kogoli de Tambaga, Tambaga, Tansarga, Yirini, Boudieri,

⁹ Dr KONATE Claudine, « Contribution à l'amélioration des indicateurs de performance sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications au niveau du district sanitaire de Diapaga, Round 1 & 2 », version provisoire, décembre 2011- janvier 2012

¹⁰ Un poids de 1 à 3 a été appliqué à chaque village en fonction de sa population

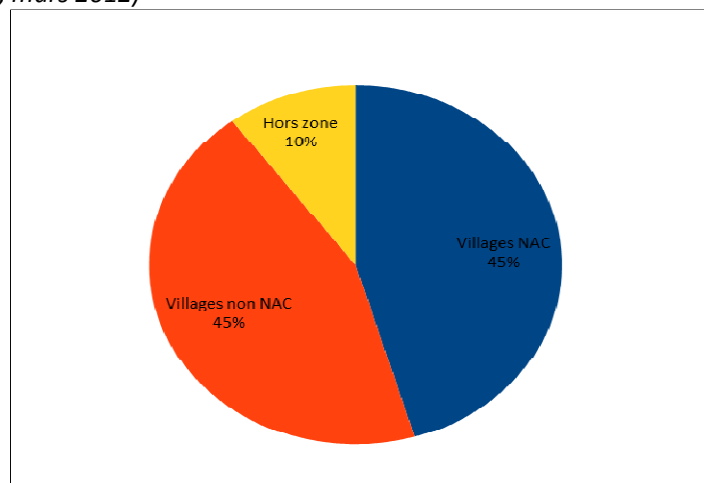
Tatiangou, Botou, Nagaré, Kantchari et Namounou (*District Sanitaire de Diapaga, Région de l’Est, Burkina Faso, mars 2012*)



▪ **Admissions et NAC**

L’analyse des villages d’origine des admissions montre une répartition relativement équilibrée des admissions provenant de villages couverts ou non couverts par la NAC, ce qui témoigne d’un accès au traitement ne reposant pas uniquement sur le référencement par les ASBC. La présence d’admissions venant de villages situés hors de l’aire sanitaire de référence constitue également un élément en faveur d’une fréquentation spontanée des CPE et d’une bonne connaissance de l’existence du service.

Figure 9 : Répartition des admissions en fonction de la couverture par la NAC du village d’origine admissions MAS de septembre 2011 à février 2012, CSPS de Kogoli de Tambaga, Tambaga, Tansarga, Yirini, Boudieri, Tatiangou, Botou, Nagaré, Kantchari et Namounou (*District Sanitaire de Diapaga, Région de l’Est, Burkina Faso, mars 2012*)



3.1.9 Volet communautaire

Les activités de la NAC, mises en œuvre en partenariat avec l'ONG APDC, ont été progressivement étendues depuis le début du programme et couvrent à ce jour 250¹¹ des 527 villages que compte la province de la Tapoa. Les villages les plus éloignés des CSPS ont été ciblés en priorité. 5 nouvelles grappes de village ont été formées depuis la précédente évaluation SQUEAC, et les activités de la NAC concernent désormais l'ensemble des aires sanitaires. Il est à noter que malgré leur extension, ces activités ne couvrent qu'environ la moitié des villages de la province.

Un accent particulier a également été mis sur les activités de sensibilisation, avec l'organisation de campagnes thématiques et l'intensification de l'utilisation de la radio (émissions, spots, jeux radiophoniques).

Le tableau 3 ci-dessous présente les extensions des activités de la NAC et des activités de sensibilisation depuis la précédente évaluation SQUEAC.

Tableau 3 : Nombre de villages, de volontaires et d'animateurs impliqués dans les activités de la NAC en mars 2011 et février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

	Mars 2011	Février 2012
Nombre d'aires sanitaires couvertes par les activités de la NAC	22	26
Nombre de villages couverts par les activités de la NAC	203	250
Nombre d'ASBC formés	479	688
Nombre d'animateurs NAC ACF+ APDC	12	16

Outre l'extension des activités de sensibilisation et dépistage, diverses réorientations ont été entreprises dans le but d'améliorer leur impact :

- Les cadres de concertation ont été poursuivis et élargis dans chaque aire sanitaire : ces réunions désormais trimestrielles intègrent les volontaires de la NAC, les CVD des villages concernés, un membre du COGES, le répondant nutrition et l'ICP du CSPS ainsi que l'animateur NAC en charge de l'aire concernée. Elles permettent d'échanger au sujet des activités de dépistage, référencement et suivi des abandons, d'aborder les éventuelles difficultés rencontrées et de proposer des réajustements. Ces réunions sont ressenties positivement par l'ensemble des acteurs concernés.
- La stratégie de dépistage a été adaptée : les dépistages sont désormais réalisés en porte à porte sur plusieurs jours, tous les 2 mois, de manière à mieux couvrir l'ensemble des communautés concernées et atteindre les enfants retenus à domicile (en raison de croyances traditionnelles ou de honte liée à la stigmatisation des cas de malnutrition).
- Des vélos supplémentaires ont été fournis de manière à en attribuer un à chaque volontaire. Il est à noter que les ASBC reçoivent en outre une motivation financière de 2000 FCFA/ mois.
- La pratique des causeries éducatives a été affinée à travers l'identification de groupes cibles (groupes d'hommes, de femmes, tradipraticiens).

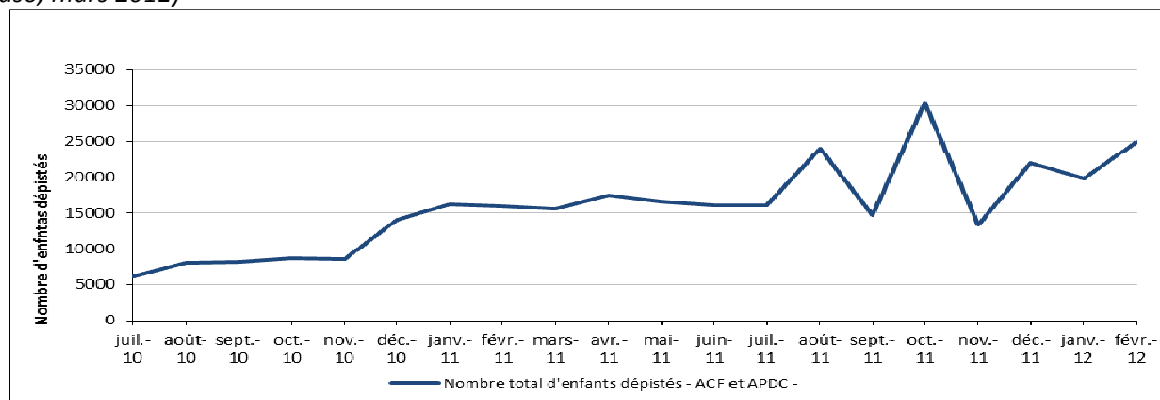
- **Dépistages communautaires**

L'ensemble des données détaillées concernant la performance des dépistages pour ACF et APDC n'a pas pu être mise à disposition faute de capitalisation suffisante ; l'analyse de ces données a donc été limitée aux données disponibles, soit la période de juillet 2010 à février 2012.

Le nombre d'enfants dépistés au niveau de la communauté affiche une tendance croissante, en lien avec l'extension des activités de la NAC et l'adaptation de la stratégie de dépistage (figure 10). Les irrégularités observées depuis août 2011 s'expliquent par le passage d'un rythme mensuel à un rythme bimensuel pour les dépistages.

¹¹ ACF met en œuvre les activités de la NAC dans 146 villages, APDC dans 104 villages

Figure 10 : Évolution du nombre d'enfants de 6 à 59 mois dépistés dans la communauté par les ASBC de la NAC ACF et APDC de juillet 2010 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



▪ Performances des dépistages

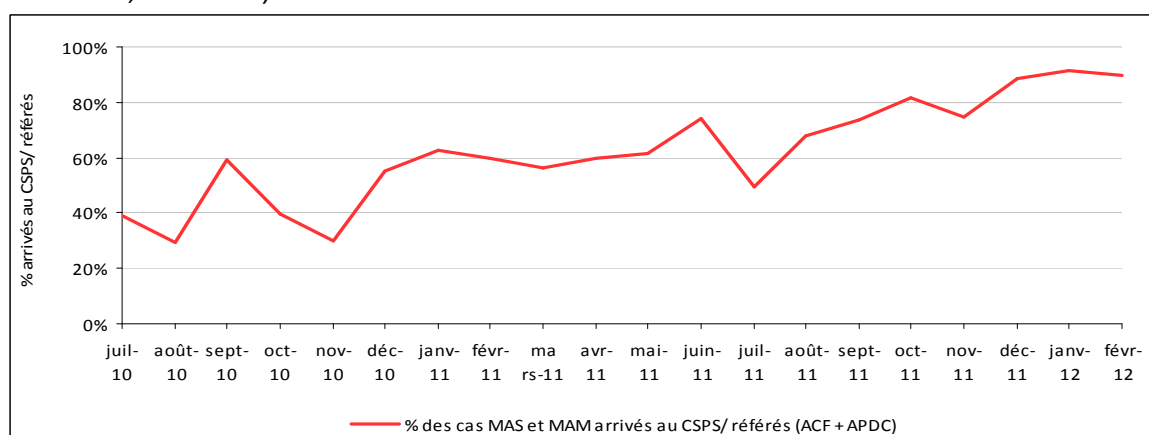
Le nombre d'enfants référés MAS ou MAM ne suit pas la même tendance croissante que le nombre total d'enfants dépistés et est resté relativement stable, ce qui paraît surprenant considérant l'augmentation des admissions au niveau des structures de santé sur la même période.

Ce constat amène à s'interroger d'une part sur la part des référencement spontanés, et d'autre part sur la fiabilité des données de dépistage. Les explications suivantes ont été avancées :

- l'analyse des modes de référencement des admissions MAS à partir des registres CSPPS¹² montre qu'un nombre important d'admissions est issu de référencement spontanés à travers la CPE, ce qui pourrait expliquer que le nombre relativement faible des cas référés. Ce comportement de recours aux soins spontanés est d'autant plus encourageant que les dépistages réalisés par la NAC ne couvrent que la moitié des villages du district et ne peuvent suffire à garantir seuls une couverture optimale
- les dépistages ont lieu tous les 2 mois mais les ASBC interrogés ont affirmé qu'il leur arrivait de référer des cas de malnutrition aiguë entre deux dépistages. Ces données ne semblent pas être systématiquement reportées dans les rapports mensuels de dépistage.

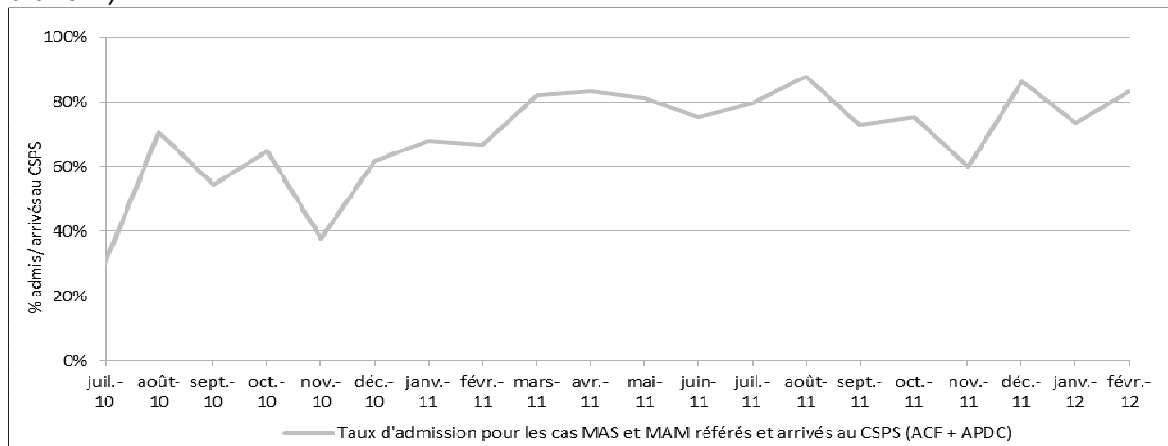
Les indicateurs de performance des dépistages (figures 11 et 12) apparaissent satisfaisants et reflètent l'amélioration du dispositif de dépistage et de référencement, avec notamment une nette augmentation des cas référés par les ASBC qui se présentent effectivement au CSPPS.

Figure 11 : Évolution du pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois arrivés au CSPPS parmi les enfants référés par les ASBC de la NAC de juillet 2010 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



¹² L'analyse des données admissions des 6 derniers mois à partir des registres des 10 CSPPS sélectionnés pour la collecte de données complémentaires montre que 58% des admissions sont issues des CPE, 14% des consultations curatives et 14% référés par la NAC. Il a cependant été constaté une sous-notification des cas référés par la NAC : ces données sont donc à interpréter avec précautions. La part importante des référencement spontanés a cependant été confirmée pendant l'enquête sur grande zone.

Figure 12 : Évolution du taux d'admission des enfants de 6 à 59 mois référés par les ASBC de la NAC et arrivés au CSPS de juillet 2010 à février 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



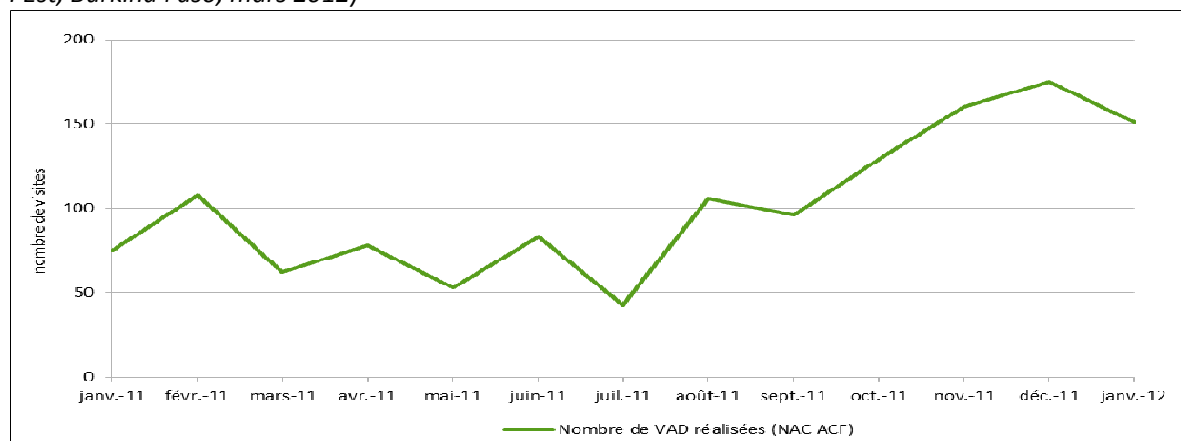
▪ Visites à domicile

Le graphique ci-dessous (données NAC ACF) montre une nette augmentation des visites à domicile depuis le mois d'août : outre les cas d'abandons, les ASBC sont encouragés à effectuer des visites à domicile pour les cas MAS en cours de suivi ou récemment guéris. L'ONG APDC applique la même démarche.

Il faut cependant noter que le remplissage insuffisant des outils de gestion constaté dans certains CSPS ne permet pas d'identifier et signaler précocement aux ASBC les cas d'abandon.

On notera par ailleurs qu'il n'existe aucun dispositif de recherche des cas d'abandons dans les villages non couverts par la NAC, soit environ 50% des villages du district.

Figure 13 : Evolution du nombre de visites à domicile réalisées par les relais communautaires de la NAC, dans les zones appuyées par ACF de janvier 2011 à janvier 2012 (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



3.1.10 Analyse qualitative

L'analyse des données du programme a été complétée par une collecte d'informations qualitatives auprès des équipes ACF et APDC ainsi que des différents acteurs clés ayant un lien avec le programme (cf détail en annexe 2).

La triangulation des méthodes et des sources d'information a permis de progressivement valider les différentes données collectées.

Le chapitre suivant présente un résumé des points saillants :

- **Compréhension de la malnutrition et connaissance des signes**

La condition de malnutrition reste largement perçue comme étant une conséquence des grossesses rapprochées (*Mi ñaama* «accouchement rapproché» est un des termes utilisés pour désigner la malnutrition), ce qui induit une forte stigmatisation des mères concernées, ainsi que de leurs maris.

Les entretiens menés dans les communautés montrent un impact net des campagnes de sensibilisation. Le terme *Ti jeopadi yanu* («manque de nourriture») utilisé au cours des émissions radio est désormais perçu et utilisé par beaucoup comme désignant une maladie (la malnutrition) se soignant au centre de santé. Les cas de kwashiorkor n'apparaissent cependant pas systématiquement associés à ce terme : ils restent encore souvent reliés au domaine du surnaturel ou des maladies ne se traitant pas au centre de santé, ce qui participe à un recours tardif aux soins.

La radio apparaît être un canal de communication de choix pour la diffusion des messages : en effet, elle est largement écoutée et prise au sérieux. Le rayon de couverture de la radio de Diapaga est cependant limité aux zones du centre et du sud de la province. La zone nord est couverte par une autre radio (radio Kantchari) qui n'a pas été utilisée pour la diffusion des messages. Il est à noter que les croyances traditionnelles sont particulièrement ancrées dans cette zone.

La connaissance de l'existence du programme apparaît également plus limitée auprès des communautés présentant des spécificités socio-culturelles (peulhs, yoruba...) et qui ont moins facilement accès à l'information (barrière de la langue notamment pour les femmes).

- **Comportement de recours aux soins**

La part croissante des référencement spontanés parmi les admissions est un élément encourageant qui indique une amélioration de la sensibilisation des communautés sur l'existence du programme. Le comportement de recours aux soins reste cependant très lié aux croyances traditionnelles et à la décision des maris.

L'identification de groupes cibles pour l'organisation des causeries éducatives a favorisé une meilleure sensibilisation des hommes, des femmes influentes et des tradipraticiens concernant les signes de malnutrition et l'existence du service, ce qui tend à limiter les refus de référencement. L'implication des tradipraticiens reste cependant encore souvent limitée à un discours informatif et injonctif à leur égard plutôt qu'à une réelle collaboration. La capacité de persuasion des ASBC est par ailleurs apparue relativement limitée face aux situations de refus de référencement.

Enfin, le système d'exemption totale de paiement pour les enfants de moins de 5 ans appliqué depuis novembre dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou est très apprécié par les communautés concernées et a largement favorisé un recours aux soins précoce.

- **Appréciation du service**

Le service PCMA est perçu de façon très positive, tant par les mères de bénéficiaires que par les autres membres des communautés. Les produits nutritionnels délivrés aux CSPA sont globalement reconnus comme efficaces.

Il existe cependant une confusion entre les différents produits existants et leurs objectifs respectifs (ATPE, rations sèches pour les malnutris modérés, rations de prévention). La réalisation de «distributions préventives» ponctuelles au niveau du CSPA par le PAM, favorise ces amalgames et participe à la perception du service PCMA comme étant un programme de distribution alimentaire. L'information délivrée aux mères au sujet de ces différents produits apparaît insuffisante.

Plusieurs plaintes au sujet de cas de diarrhée chez les enfants bénéficiant d'ATPE ou de rations sèches ont par ailleurs été rapportées, conduisant parfois les mères à interrompre le traitement. Les entretiens ont révélé que les mères n'avaient pas toujours bien compris les conditions de préparation et d'utilisation des produits nutritionnels, suggérant là aussi une information insuffisante.

- **Qualité de la prise en charge**

L'analyse des données quantitatives et l'examen des outils de gestion a montré la persistance d'insuffisances concernant la qualité de la prise en charge, qui ont probablement un impact négatif sur la couverture : non respect des critères d'admission et/ ou décharge, sorties non renseignées, traitement systématique non donné. Ces insuffisances apparaissent très variables d'un CSPA à l'autre, et

nécessiteraient de renforcer les supervisions dans les centres identifiés comme moins performants. Or, il apparaît que la réalisation de supervisions les jours de suivi a été limitée au cours des derniers mois : en effet, depuis la réorganisation des jours de CPE et jours de suivi, de nombreux centres ont choisi le samedi comme jour de suivi, et les procédures RH au niveau d'ACF n'offrent pas une flexibilité suffisante pour systématiser les sorties de supervision le samedi.

Des insuffisances relatives au suivi des cas MAM ont été également constatées. L'examen des carnets de santé des cas MAM rencontrés au cours de l'enquête montre de fréquentes irrégularités dans la fréquence du suivi, qui se résume à la délivrance de 6 rations consécutives quelque soit le temps écoulé entre 2 rations. Il n'est pas rare d'observer des délais de 2 mois ou plus entre 2 rations, ces espacements s'expliquant soit par des ruptures de rations sèches pendant la période, ou par un abandon de la mère. Les enfants sont systématiquement déchargés au terme des 6 rations, même s'ils n'ont pas encore atteint les critères de décharge. L'équipe ACF explique cette pratique comme résultant d'une directive donnée par le PAM aux agents de santé. Il apparaît également que les cas admis MAM évoluant vers la malnutrition aiguë sévère ne sont pas systématiquement réorientés vers la prise en charge adaptée.

L'évaluation SQUEAC précédente révélait des défaillances dans le système de suivi des références/ contre-références entre les CREN et les CSPS. Des améliorations ont été notées à ce niveau : les CSPS sont systématiquement informés du transfert des cas déchargés du CREN, et une fiche de contre-référence est confiée à la mère.

La régularité de l'approvisionnement a été nettement améliorée. Les difficultés d'accès aux centres en saison des pluies ont été anticipées et un approvisionnement conséquent a été réalisé en amont de sorte qu'aucun CSPS n'a connu de ruptures d'ATPE au cours de la précédente saison pluvieuse (contrairement à 2010). Des ruptures isolées et de courte durée sont cependant encore à déplorer¹³ : elles apparaissent souvent liées à un manque d'anticipation dans l'expression des besoins. Plusieurs agents de santé rencontrés au cours de l'enquête se sont plaints de ne pas recevoir les quantités d'ATPE requises, ce qui ne leur permet pas d'avoir une marge de sécurité suffisante.

L'approvisionnement en rations sèches pour les modérés, assuré par le PAM, a lui aussi été amélioré, mais de façon moins nette. Des ruptures sont encore à déplorer ; elles sont cependant moins longues que les années précédentes.

Les différents entretiens réalisés révèlent par ailleurs que l'information donnée aux mères en cas de ruptures est insuffisante : il n'est pas rare qu'elles soient renvoyées chez elles sans que le motif soit expliqué et sans qu'il leur soit précisé quand elles peuvent revenir, ce qui favorise les cas d'abandon.

L'analyse qualitative montre qu'il existe un lien direct entre la qualité de prise en charge et la perception du CSPS dans la communauté, certaines mères préférant parfois parcourir des kilomètres supplémentaires pour être prises en charge dans un CSPS ayant une « bonne réputation ».

¹³ Des ruptures d'ATPE de 1 à 2 semaines au cours des 3 mois précédant l'évaluation SQUEAC ont été relevées dans 4 CSPS.

▪ **Barrières à l'accessibilité**

Les principales barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'enquête sont récapitulées dans le tableau ci-dessous (Tableau 4)

Tableau 4: Motifs d'abandon et de non présentation au CSPS (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Croyances traditionnelles	Les croyances traditionnelles sont très ancrées dans la province (notamment dans la zone nord, où l'animisme est majoritaire) et jouent un rôle important dans l'itinéraire thérapeutique. Le recours à la géomancie reste largement répandu avant toute prise de décision, et les cas d'enfants ne pouvant sortir de la concession sont fréquents (interdits directionnels).
Stigmatisation	La malnutrition est étroitement liée au problème des grossesses rapprochées, source de honte pour les femmes concernées et leur mari. Les femmes enceintes qui ont un enfant malnutri évitent de sortir ou se montrer avec cet enfant, ce qui explique que certaines refusent de se rendre au CSPS. Parfois c'est le mari qui refuse.
Modalités d'accès au service	La majorité des admissions se font à travers les dépistages les jours de CPE, ce qui garantit un accès aux soins gratuit. L'argent constitue cependant une barrière dans les cas où la mère a identifié que l'enfant était malade sans pour autant savoir qu'il s'agit de malnutrition : le recours aux soins passe alors par les consultations curatives et implique de disposer d'argent avant de se rendre au CSPS. Il est par ailleurs à noter que les CPE sont fréquentées essentiellement jusqu'à l'âge de 9 mois (pour les vaccinations) et très rarement au-delà de 2 ans. D'autre part, certains CSPS appliquent un tarif majoré pour l'obtention d'un carnet de santé lorsque la mère a accouché à domicile (2500 FCFA au lieu de 100 à 200 FCFA), ce qui constitue un frein avéré à la fréquentation des CPE ou des consultations curatives.
Distance et difficultés d'accès	La distance et les difficultés d'accès ont été citées à plusieurs reprises comme un frein à la fréquentation du CSPS ou un motif d'abandon, notamment lorsque les mères n'ont pas de moyen de déplacement (vélo) ou pendant la saison des pluies (bas-fond). Certaines mères venant de villages éloignés expliquent qu'il leur arrive d'effectuer le retour après la tombée de la nuit. Certains CSPS tentent de limiter cette contrainte en adaptant la fréquence du suivi pour les mères venant de villages distants (toutes les 2 semaines). Outre la distance, les problèmes d'insécurité dans certaines zones (Boudieri, Kantchari) ont été cités comme limitant l'accès au centre de santé.
Déplacements et migrations	Le déplacement des mères de manière temporaire vers un autre village ou vers les hameaux de culture ne sont pas rares et se traduisent parfois par des abandons.
Accueil au CSPS	Les conditions d'accueil ont été globalement améliorées, grâce notamment à la réorganisation des jours de suivi qui a permis de diminuer l'affluence. Le temps d'attente reste important dans quelques centres, et la qualité de l'accueil variable. Plusieurs mères ont cité ces éléments comme limitant la fréquentation, notamment lorsque la distance à parcourir est longue.

3.1.11 Zones de couverture élevée et zones de couverture faible

L'analyse de la distribution géographique des admissions et des différents facteurs influençant la couverture évoque une couverture hétérogène et influencée par les facteurs suivants :

- la gratuité de l'accès aux soins pour les moins de 5 ans
- l'utilisation systématique du périmètre brachial comme critère d'admission
- la qualité de la prise en charge (respect des critères d'admission et décharges, utilisation des outils de gestion, délivrance du traitement systématique, conditions d'accueil)

L'hypothèse sur les zones de couverture élevée ou faible est donc la suivante :

- La couverture est élevée dans les zones où l'accès aux soins pour les moins de 5 ans est gratuit et où le CSPS utilise le PB comme critère d'admission de façon systématique et offre une bonne qualité de prise en charge.
- La couverture est faible dans les zones où l'accès aux soins pour les moins de 5 ans n'est gratuit que pour les malnutris et où le CSPS n'utilise pas le PB de manière systématique et offre une qualité de prise en charge défailante.

3.2. ETAPE 2 : Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones

Au total 8 localités ont été sélectionnées pour tester l'hypothèse sur les zones de couverture faible ou élevée, sur la base des critères présentés dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Critères pour la sélection des zones de couverture élevée et faible (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

			Gratuité	PB	Prise en charge
Zones de couverture élevée	Zone E1	Nimpiembamou (Mahadaga) Tuodjamonli* (Morideni) Poughitiari* (Mouabou)	+	+	+
Zones de couverture faible	Zone F1 ¹⁴	Nabangou* (Namounou) Diadori (Namounou)	-	-	-
	Zone F2	Boungou site (Tatiangou) Boungou village* (Tatiangou) Kantchari/ quartiers Niandjouani et Sodeni (Kantchari)	-	+	-

*: village couvert par la NAC

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Résultats des enquêtes sur petites zones (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Zones de couverture élevée	Zone E1 Gratuité + PB+ PEC +	Nombre total de cas MAS trouvés	3		
		Cas MAS couverts	2		
		Cas MAS non couverts	1		Refus mari
		Autres*			1 cas en voie de guérison
Zones de couverture faible	Zone F1 Gratuité - PB- PEC-	Nombre total de cas MAS trouvés	4		
		Cas MAS couverts	2		
		Cas MAS non couverts	2		Méconnaissance - tradition
		Autres*			Méconnaissance 1 cas d'abandon 1 cas en voie de guérison
Zones de couverture faible	Zone F2 Gratuité - PB + PEC -	Nombre total de cas MAS trouvés	3		
		Cas MAS couverts	0		
		Cas MAS non couverts	3		Méconnaissance
					Rejet
		Méconnaissance / trop occupée			

*Autres : cas n'ayant pas ou plus les critères de MAS

¹⁴ Seuls 2 villages ont été enquêtés dans cette zone en raison de contraintes organisationnelles

L'analyse des résultats a été réalisée au moyen de la méthode LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à la valeur cible de 30% définie lors de la définition du programme. La règle de décision appliquée a été calculée selon la formule suivante :

$$d = \left[\frac{n \times p}{100} \right]$$

n = total number of cases found

p = coverage standard set for that area

Tableau 7: Résultats des enquêtes sur petites zones - Classification de la couverture (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Zone de couverture élevée E1 (Mahadaga, Morideni, Moabou)	Couverture recherchée (p)	30%	Nombre de cas MAS couverts (2) > règle de décision (1) Couverture actuelle > 30%	
	n	3		
	Règle de décision (d)	[n x 30/100]		
		[3 x 0.3]		
		0.9		
	d	1		
Cas MAS couverts	2			
Zone de couverture faible F1 (Namounou)	Couverture recherchée (p)	30%	Nombre de cas MAS couverts (2) > règle de décision (1) Couverture actuelle > 30%	
	n	4		
	Règle de décision (d)	[n x 30/100]		
		[4 x 0.3]		
		1.2		
	d	1		
Cas MAS couverts	2			
Zone de couverture faible F2 (Kantchari, Tatiangou)	Couverture recherchée (p)	30%	Nombre de cas MAS couverts (0) < règle de décision (1) Couverture actuelle < 30%	
	n	3		
	Règle de décision (d)	[n x 30/100]		
		[3 x 0.3]		
		0.9		
	d	1		
Cas MAS couverts	0			

Bien qu'il soit difficile au vu de la taille des échantillons de tirer des conclusions significatives, ces enquêtes sur petites zones, étayées par les entretiens et observations réalisés dans les différents villages enquêtés, mettent en évidence les constats suivants :

- l'accès aux soins gratuit pour les moins de 5 ans, en améliorant le recours aux soins spontanés a un impact positif sur la couverture
- les défaillances dans la qualité de prise en charge participent à une moindre fréquentation du CSPS
- la méconnaissance des signes de malnutrition et de l'existence du service reste une raison fréquente de non fréquentation du service, et a été notamment relevé dans les zones orientées vers le commerce : Kantchari (ville commerciale, non touchée par la radio et non couverte par les activités de la NAC) et Tatiangou (zone orientée vers la recherche de l'or).

3.3. ETAPE 3 : Estimation de la couverture globale

L'objectif de la troisième étape est de fournir une estimation de la couverture globale du programme en appliquant la théorie Bayésienne des probabilités.

A cet effet, une *Probabilité a Priori* est tout d'abord développée sur la base des constats dégagés au cours des étapes précédentes.

Développement de la Probabilité a Priori

La précédente évaluation ayant eu lieu à la même période sur la même zone, le calcul de la nouvelle *Probabilité a Priori* s'est fait en utilisant la valeur de la couverture déterminée lors de cette précédente évaluation (*Probabilité a Posteriori*). Les informations issues des étapes 1 et 2 ont été regroupées en 2 catégories : d'une part les facteurs suggérant une couverture élevée et d'autre part les facteurs suggérant une couverture faible. Les recommandations effectivement appliquées et pour lesquelles un impact positif sur la couverture a été mis en évidence lors de l'analyse constituent les facteurs positifs. Les recommandations non suivies d'actions ou pour lesquelles des actions ont été entreprises sans qu'un impact positif n'ait été mis en évidence sont considérées comme des facteurs négatifs, au même titre que les nouvelles barrières à l'accessibilité éventuellement apparues.

Un « poids » de 1 à 5% a été attribué par l'équipe à chacun des facteurs en fonction de leur impact présumé sur la couverture. La somme des points a ensuite été faite pour chacune des catégories.

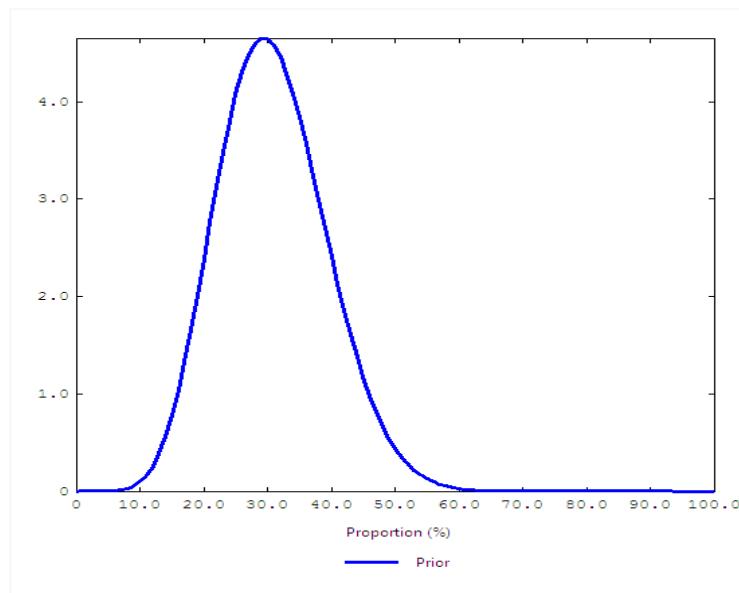
La *Probabilité a Priori* est déterminée par l'addition de la somme totale des points positifs à la valeur de l'ancienne *Probabilité a Posteriori* et par la soustraction de la somme totale des points négatifs.

Tableau 8 : Poids des facteurs influençant la couverture (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Facteurs positifs	Valeur		Facteurs négatifs
Mobilisation communautaire			
Augmentation du nombre de villages et aires sanitaires couverts par la NAC	3,5	4,5	Couverture NAC limitée
Impact des activités de sensibilisation	4,5	3	Croyances/ stigmatisation
Cadres de concertation	3,5	3	Méconnaissance signes de malnutrition/ programme dans certaines zones
Réorientation de la stratégie de dépistage	4	2,5	Kwash non associé à la malnutrition
Auto-référencement	3	3	Païement des soins
Suivi des abandons amélioré	2,5	3	Suivi des abandons non généralisé
Motivation des volontaires	3	2	Légitimité des ASBC
Perception positive du programme	3		
Système de santé			
Détection améliorée/ utilisation PB	4,5	3	Insuffisances dans la détection des cas
Implication des agents de santé/ répondants nutrition	3,5	4	Qualité de prise en charge insuffisante
Réorganisation des jours de CPE/ accueil	4	2	Accueil dans certains CSPS/ attente
Amélioration approvisionnement ATPE	3	3	Ruptures ponctuelles d'ATPE
Formations ciblées + recyclage	2,5	3	Décès CREN/ arrivées tardives
Distribution préventive PAM	3	3	Supervisions ACF
		3	Capitalisation et harmonisation des données insuffisantes
Système de santé			
Exemption de paiement commune de Logobou	3,5		
Implication équipe cadre	2,5		
<i>Probabilité a Posteriori</i> 2011 17,6%			
Points à ajouter	53,5	42	Points à soustraire
<i>Probabilité a Priori</i> 2012 29,1%			
Valeur de α	8,9	20	Valeur de β

Le mode et la distribution de la *Probabilité a Priori* sont représentés par la courbe ci-dessous, produite au moyen de la calculatrice de Bayes.

Figure 14 : Représentation graphique de la *Probabilité a Priori* (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



Construction de l'Evidence Vraisemblable : enquête sur grande zone

En complément de l'analyse des données qualitatives et quantitatives, une enquête sur une grande zone a été menée dans 37 villages et hameaux de culture répartis à travers les 8 communes de la province de la Tapoa et sélectionnés selon la méthode d'échantillonnage aléatoire systématique.

35 cas de MAS ont été recensés au cours de l'enquête, permettant d'atteindre une précision de +/- 12%. Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 9 ci-dessous :

Tableau 9 : Résultats de l'enquête sur grande zone (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Type de cas	Nombre de cas
Nombre total de cas de MAS actuels	35
Nombre de cas MAS actuels couverts par le programme	12
Nombre de cas MAS actuels non couverts par le programme	23
Nombre de cas en voie de guérison couverts par le programme	12

24 cas d'enfants de plus de 6 mois ayant une taille inférieure à 65 cm et présentant des signes manifestes de malnutrition aiguë ont également été recensés au cours de l'enquête et référés vers les CSPS pour une vérification du rapport P/T¹⁵. Parmi eux, 3 étaient actuellement pris en charge pour la malnutrition aiguë sévère.

Un total de 196 cas de MAM ont été dépistés, dont 78 étaient actuellement pris en charge par le programme MAM (soit 39,7%).

Parmi les 37 villages enquêtés, 20 étaient couverts par les activités de la NAC. Les ASBC étaient présents lors du passage des enquêteurs dans la majorité de ces villages (à l'exception de 2), et connaissaient une grande partie des cas de malnutrition présents dans le village.

La proportion de cas couverts et de cas non couverts, de même que le nombre de cas en voie de guérison sont similaires dans les villages couverts par la NAC et les villages non couverts par la NAC.

¹⁵ Le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ne permet pas l'utilisation du PB pour les enfants de plus de 6 mois ayant une taille inférieure à 65 cm.

Tableau 10 : Distribution des cas MAS couverts et non couverts, et des cas en voie de guérison dans les villages couverts par la NAC et les villages non couverts par la NAC (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

	Zones NAC	Zones non NAC	Total
Nombre de villages/ hameaux enquêtés	20	17	37
Nombre de cas MAS actuels couverts par le programme	7	5	12
Nombre de cas MAS actuels non couverts par le programme	13	10	23
Total des cas MAS actuels	20	15	35
Nombre de cas en voie de guérison couverts	6	6	12

La répartition des cas couverts et non couverts selon les distances indique une majorité de cas couverts identifiés dans les villages situés dans un rayon de 5 à 10 km du CSPS. La faible proportion de cas couverts dans les villages éloignés suggère que la distance constitue effectivement un frein. Cependant, la faible proportion de cas couverts dans les zones proches du CSPS confirme que d'autres freins existent au-delà de la distance.

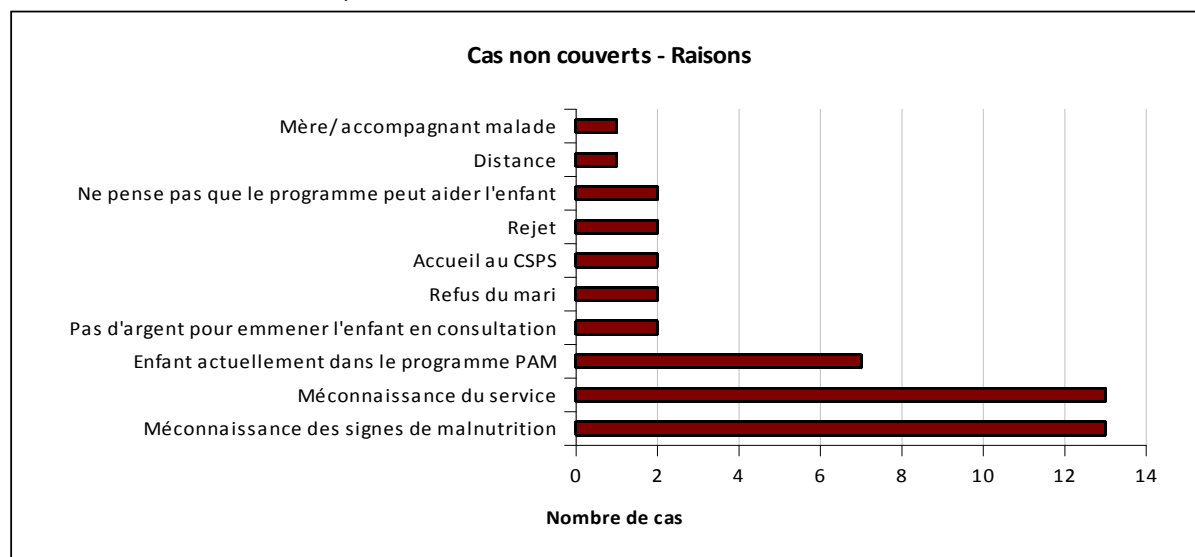
Figure 14 : Distribution des cas couverts et non couverts en fonction des distances au CSPS le plus proche (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



Un questionnaire a été administré aux accompagnants des 23 cas non couverts identifiés pendant l'enquête (cf annexe 5).

Les principales barrières à l'accessibilité identifiées à partir du questionnaire administré aux accompagnants des cas non couverts sont présentées dans le graphique ci-dessous :

Figure 15 : Cas non couverts – Barrières à l'accès au traitement (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



La méconnaissance des signes de malnutrition et de l'existence du service reste une des principales barrières à l'accès au traitement.

Les problèmes d'interface entre la prise en charge des MAM et celle des MAS constituent une autre barrière importante, qui concerne quasiment un tiers des cas non couverts (7 sur 23). Cette barrière avait déjà été mise en évidence lors des précédentes évaluations SQUEAC, et souligne l'impact négatif des défaillances relatives au suivi des MAM au niveau des CSPS.

Le mode de référencement a été demandé aux mères ou accompagnants des 24 cas pris en charge par le programme MAS au moment de l'enquête (figure 16). La même information a été recueillie auprès des cas MAM identifiés pendant l'enquête et pris en charge par le programme PAM (figure 17).

La répartition des modes de référencement montre dans les 2 cas une large part de cas référés par les ASBC, ce qui témoigne d'une bonne performance de la détection via le système NAC.

La proportion non négligeable de cas MAS admis à travers les CPE par auto-référencement (spontané) et la proportion de cas admis à travers les consultations curatives constituent un élément positif témoignant de la variété des sources de référencement.

De même, la large part de cas MAM spontanés admis à travers les CPE reflète une tendance encourageante de recours au soin spontané.

Figure 16 : Modes de référencement des cas pris en charge dans le programme MAS identifiés au cours de l'enquête (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

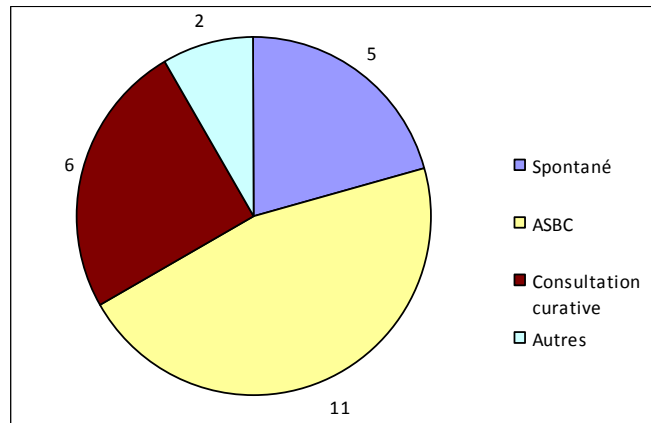
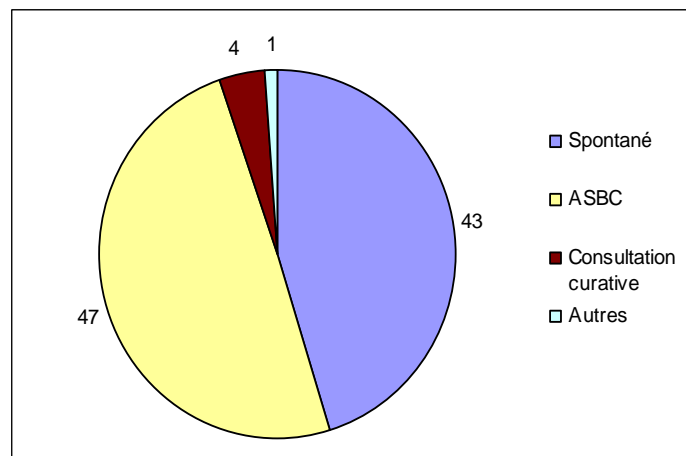


Figure 17 : Modes de référencement des cas pris en charge dans le programme MAM identifiés au cours de l'enquête (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



Estimation de la couverture globale : Probabilité a Posteriori

Deux mesures, la *Couverture Actuelle* et la *Couverture de la Période* peuvent être utilisées pour exprimer les résultats des évaluations de la couverture des programmes nutritionnels :

- La *couverture actuelle* représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère.
- La *couverture de la période* prend en compte tous les enfants sous traitement au moment de l'enquête, et cela indépendamment de leur état nutritionnel (enfants sévèrement malnutris et enfants en voie de guérison).

L'éclairage apporté par les données quantitatives et qualitatives sur la performance du programme justifie l'utilisation de la couverture actuelle comme étant l'indicateur le plus approprié pour refléter la couverture globale du programme.

En effet, bien que des améliorations ait été constatées, l'investigation révèle des performances encore limitées concernant la détection et le recrutement des cas (couverture NAC limitée, interface MAM-MAS, admissions tardives), suggérant une capture des cas non optimale. L'utilisation de la couverture de la période dans ce type de contexte n'apparaît pas appropriée dans la mesure où elle tend à surestimer le niveau de couverture.

Couverture actuelle

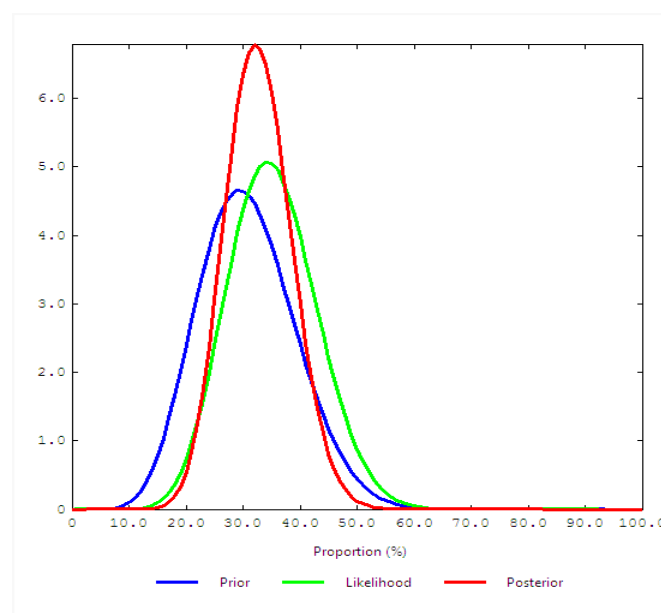
Le calcul de la couverture actuelle utilise les données de l'enquête sur grande zone selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de cas MAS actuels couverts par le programme}}{\text{Total des cas de MAS actuels (couverts et non couverts)}}$$

Le numérateur (12) et le dénominateur (35) sont saisis dans la calculatrice de Bayes pour aboutir à l'estimation de la couverture actuelle.

Sur la base de la *Probabilité a Priori* et des données de l'enquête (*Evidence Vraisemblable*), la **couverture actuelle est ainsi estimée à 32,1% [IC 95% : 22,1% - 44,4%]**¹⁶

Figure 18 : Représentation graphique de la couverture actuelle – Probabilité a Priori (Prior), Evidence Vraisemblable (Likelihood) et Probabilité a Posteriori (Posterior), (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)



¹⁶ L'estimation de la couverture de la période est de 43,2% [IC 95% 32,5%- 54,7%]

Les courbes représentant la *Probabilité a Priori* et l'*Evidence Vraisemblable* présentent un mode et une distribution relativement similaires, ce qui indique qu'elles apportent chacune un poids similaire à la construction de la *Probabilité a Posteriori* et qu'il n'existe pas de divergence.

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les évaluations SQUEAC réalisées en 2010 et 2011 à la même période de l'année avaient révélé un faible niveau de couverture, en lien avec de nombreuses insuffisances constatées tant au niveau du système de dépistage communautaire qu'au niveau des formations sanitaires.

Un an après la précédente évaluation de la couverture, la présente évaluation met en évidence une amélioration de la couverture du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë, en lien avec les différentes réorientations entreprises.

Tableau 11: Résultats des évaluations SQUEAC en 2010, 2011 et 2012 (Évaluation SQUEAC Valid/ACF Février-Mars 2010 et Évaluation SQUEAC ACF Mars-Avril 2011, province de la Tapoa, Région de l'Est, Burkina Faso)

	Evaluation SQUEAC Valid/ ACF Février- Mars 2010	Evaluation SQUEAC ACF Mars- Avril 2011	Evaluation SQUEAC ACF Mars 2012
Couverture actuelle ¹⁷	21,8% [IC 95%: 13.2% - 32.2%]	17,6% [IC 95% : 7,8% - 31,6%]	32.1% [IC 95% : 21.9%-44.4%]

L'impact des activités de sensibilisation a été amélioré grâce à l'utilisation intensive de la radio, l'organisation de campagnes thématiques et l'implication des membres clés des communautés. Des progrès ont également été notés au niveau du système de dépistage et de référencement de la NAC : l'augmentation du nombre de villages et aires sanitaires couverts par la NAC et la réorientation de la stratégie de dépistage ont permis d'améliorer la détection des cas de malnutrition aiguë et le suivi des abandons. Le recrutement des cas au niveau des CSPS a été amélioré en parallèle, avec notamment une généralisation de l'utilisation du PB comme critère d'admission systématique, ce qui a favorisé une baisse du nombre de rejets parmi les cas référés. Une attention particulière a par ailleurs été portée sur la réorganisation des jours de suivi ainsi que sur l'approvisionnement en ATPE, dans le but d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge au niveau des CSPS. Il en résulte une évolution positive de la perception du service par la communauté, et un accès au service amélioré se traduisant par une hausse des admissions au cours des derniers mois. Le recours aux soins a été particulièrement amélioré dans les 5 aires sanitaires de la commune de Logobou concernées par le projet pilote d'exemption totale de paiement pour les enfants de moins de 5 ans.

De nombreuses barrières subsistent cependant, limitant l'amélioration de la couverture.

La connaissance des signes de malnutrition et de l'existence du programme apparaît encore limitée et les croyances traditionnelles restent très ancrées, notamment dans la zone nord - non couverte par la radio de Diapaga- et dans les zones présentant des particularités socio-économiques (populations peulhs, zones commerciales, sites d'or...). Les activités de dépistage, référencement et suivi des abandons, bien qu'étendues, ne concernent que la moitié des villages de la province, révélant les limites de ce système de détection des cas et l'intérêt à encourager le référencement spontané.

L'évaluation a par ailleurs mis en évidence la persistance d'importantes insuffisances concernant la prise en charge des cas de malnutrition, dont la qualité reste variable selon les CSPS. Les critères d'admission et de décharge ne sont pas toujours respectés, le traitement systématique n'est pas toujours donné et le

¹⁷

	Evaluation SQUEAC Valid/ ACF Février- Mars 2010	Evaluation SQUEAC ACF Mars- Avril 2011	Evaluation SQUEAC ACF Mars 2012
Couverture de la période	22,8% [IC 95%: 14.4% - 33.2%]	23.5% [IC 95%: 12.7% - 37.9%]	43,2% [IC 95% : 32,5%-54,7%]

remplissage des outils de gestion est parfois insuffisant, ne permettant pas un suivi correct des éventuels abandons. L'information donnée aux mères apparaît en outre insuffisante. Ce manque de rigueur dans le suivi des cas admis favorise l'existence de problèmes d'interface entre le service MAM et le service MAS, à l'origine d'un grand nombre de cas non couverts.

Au total, l'évaluation SQUEAC révèle une nette amélioration de la couverture en lien avec les réorientations entreprises. Ces progrès sont cependant relativement récents et inégalement répartis : des efforts seront nécessaires pour consolider les avancées en matière de sensibilisation et de prise en charge, et une attention plus particulière devra être portée aux zones caractérisées par un faible niveau de couverture. Cette phase de consolidation apparaît d'autant plus cruciale au vu du contexte actuel de crise nutritionnelle menaçante. Le Burkina Faso s'oriente en outre vers la mise en œuvre prochaine du Plan de Passage à l'Echelle prévoyant l'adoption des critères d'admission OMS 2006. Ces événements constituent autant de défis susceptibles de déstabiliser des acquis encore fragiles, mais représentent également une opportunité d'améliorer le niveau de couverture.

Les recommandations visant à améliorer la couverture sont les suivantes :

- **IEC**

Renforcer les activités de sensibilisation dans les zones de couverture plus faible

- ➔ Etendre les émissions radio et diffusions de spots à la zone Nord (radios de Kantchari et de Botou)
- ➔ Inclure les villages non couverts par la NAC dans les campagnes de sensibilisation
- ➔ Développer des stratégies de sensibilisation adaptées aux zones urbaines (impliquant les acteurs clés des différentes communautés et intégrant les spécificités culturelles)

Adapter le contenu des messages de sensibilisation aux principales barrières identifiées

- ➔ Renforcer le contenu des messages sur les signes de malnutrition (notamment le kwashiorkor), les différents types de traitement, les modalités d'accès au traitement
- ➔ Renforcer l'implication des hommes et des tradipraticiens en évitant les attitudes de rejet et de jugement, et en favorisant la recherche de compromis acceptables culturellement

Impliquer les agents de santé dans les activités de sensibilisation

Assurer une large diffusion d'informations sur les nouveaux produits nutritionnels utilisés pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë en complément ou remplacement des produits déjà existants (farine enrichie, plumpy sup, CSB, plumpy nut), de manière à limiter les confusions et risques d'interférence

- ➔ Apporter des explications claires sur les groupes cibles, les critères d'éligibilité, les conditions d'utilisation en distinguant les distributions préventives de la prise en charge curative
- ➔ Utiliser différents canaux de communication: sensibilisation des autorités et leaders, radio, développement de supports visuels, sensibilisation au niveau des formations sanitaires

- **NAC**

Améliorer le recours aux soins précoce

- ➔ Encourager le référencement spontané et la fréquentation des CPE au-delà de 9 mois
- ➔ Réajuster les connaissances et les pratiques des ASBC et des animateurs NAC sur la détection et le référencement des cas > 6 mois et <65 cm

Assurer une communication en amont sur la réorientation des activités de dépistage dans le cadre du Plan de Passage à l'Echelle

- ➔ En impliquant les autorités sanitaires au premier plan
- ➔ En recadrant le rôle des ASBC au sein du dispositif sanitaire et en favorisant leur reconnaissance et appropriation par les communautés

- **FORMATIONS SANITAIRES**

Définir et mettre en œuvre des mesures visant à corriger le problème des cas de MAS pris en charge dans le programme MAM

- ➔ Organiser dans un premier temps une campagne de détection des cas MAS parmi les MAM actuellement pris en charge dans le programme PAM
- ➔ Clarifier les modalités de prise en charge des MAM en lien avec le PAM : fréquence des visites, mesure du PB à chaque visite et réorientation des éventuels cas de MAS vers une prise en charge adaptée
- ➔ Intégrer de manière systématique aux activités de supervision la vérification du statut nutritionnel des cas MAM pris en charge dans le programme PAM, de manière à détecter et réorienter les éventuels cas de MAS

Améliorer la détection des cas de malnutrition aiguë

- ➔ Promouvoir l'accès libre aux activités de dépistage des enfants au-delà de 9 mois¹⁸
- ➔ Favoriser l'implication des collectivités et COGES dans la gestion et l'organisation des CPE
- ➔ Plaidoyer pour l'abandon des pratiques de majoration du carnet de santé pour les femmes ayant accouché à domicile
- ➔ Systématiser la détection des cas de malnutrition aiguë au cours des consultations curatives
- ➔ Etendre l'utilisation systématique du PB à toutes les formations sanitaires
- ➔ Améliorer la précision des mesures de PB
- ➔ Clarifier les critères d'admission et les modalités de prise en charge pour les cas > 6 mois et < 65 cm et pour les cas < 6 mois

Renforcer la qualité de la prise en charge

- ➔ Axer les supervisions sur les insuffisances identifiées : utilisation des outils de gestion, respect des critères d'admission et de décharge, suivi des cas admis, délivrance du traitement systématique, notification des abandons, conduite à tenir pour les cas de non-réponse
- ➔ Améliorer la sensibilisation et l'information données aux mères sur les modalités du traitement : fréquence des visites, durée du traitement, conditions d'utilisation des produits nutritionnels

Garantir un approvisionnement régulier en intrants

- ➔ Poursuivre les actions entreprises pour améliorer la gestion des stocks et l'expression des besoins
- ➔ Plaidoyer pour un approvisionnement régulier par le PAM et une meilleure communication sur les délais d'acheminement et la durée des éventuelles ruptures
- ➔ En cas de rupture de stock, apporter une information claire aux mères et aux ASBC de manière à limiter les déplacements inutiles et les abandons

▪ SUBVENTION

Renforcer le suivi du système d'exemption de paiement pour les cas de malnutrition aiguë

- ➔ Renforcer la sensibilisation des communautés et des autorités locales sur la gratuité du traitement de la malnutrition aiguë et les modalités d'accès à cette exemption
- ➔ Impliquer le district dans le suivi et le contrôle du système de subvention
- ➔ Favoriser un dialogue constructif et régulier avec les agents de santé afin d'échanger sur les difficultés et contraintes rencontrées et de rechercher des solutions communes

Plaidoyer pour la gratuité des soins pour tous les enfants de 0 à 5 ans afin de faciliter le recours aux soins

- ➔ Poursuivre le travail de capitalisation initié sur le volet de subvention afin d'appuyer ce plaidoyer

▪ COORDINATION INTERNE ET EXTERNE

Améliorer le monitoring des activités

- ➔ Adapter les procédures RH de manière à permettre des visites de supervision régulières dans les CSPS les samedis (jours de suivi)

¹⁸ La fréquentation des CPE (porte d'entrée principale des cas de malnutrition aiguë) est liée au calendrier vaccinal et de fait concerne essentiellement les enfants de moins de 9 mois, dans une moindre mesure les enfants de moins de 24 mois et rarement les enfants au-delà de 24 mois. Ceci limite les possibilités de dépistage des enfants de 24 à 59 mois.

- ➔ Harmoniser et capitaliser les outils de monitoring de manière à faciliter le suivi et l'analyse des données relatives aux activités nutritionnelles (rapports statistiques mensuels, données des CREN, données des dépistages ACF et APDC, mise à jour des monographies des aires sanitaires)
- ➔ Réaliser à intervalles réguliers des évaluations de la couverture : compléter la collecte et l'analyse des données de routine par une collecte de données complémentaires à l'aide des outils de monitoring proposés par la méthodologie SQUEAC (cf. proposition en annexe 6). Renouveler l'exercice au minimum tous les 6 mois, ou ponctuellement en cas de changement dans le contexte ou les activités.

Améliorer la coordination avec les partenaires impliqués localement dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition

- ➔ Promouvoir l'organisation de réunions de coordination régulières au niveau du district, solliciter la présence du PAM
- ➔ Veiller à l'élaboration de stratégies communes et cohérentes

Assurer une transmission d'information régulière entre le niveau central et les partenaires de mise en œuvre (équipes ACF et district) concernant les différentes étapes du Plan de Passage à l'Échelle et la révision du protocole national, de manière à anticiper sur les différentes mesures à entreprendre en conséquence.

Plaidoyer pour une révision adaptée du protocole national de prise en charge

Dans un pays où le taux de GAM reste supérieur à 10% (même avec une campagne agricole excédentaire), il n'apparaît pas efficient de confier la prise en charge des MAM aux structures de santé qui manquent cruellement de personnel (de façon structurelle). Dans ces conditions la qualité de la prise en charge sera toujours remise en cause sans solution. Il s'avère donc nécessaire de plaider en faveur de la gestion des MAM par la collectivité ou les COGES afin que les CSPS puissent se concentrer sur les MAS (ex : protocole national du Mali).

ANNEXE 1 : RESUME DE LA METHODOLOGIE

1 ETAPE 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité

Dans le cadre de la présente évaluation, les données suivantes ont été analysées :

- **Résultats des précédentes enquêtes SQUEAC**
- **Analyse des données de routine**

Les données d'admissions, décharges, données de dépistage de l'ensemble des formations sanitaires ont été analysées.

- **Collecte et analyse de données individuelles complémentaires**

PB des admissions, villages d'origine et distances au CSPS, mode de référencement.

Pour cette étape, l'investigation s'est concentrée sur 10 CSPS choisis de manière à assurer une représentativité de l'ensemble du district : les CSPS sélectionnés étaient répartis dans les différentes zones agro-écologiques de la province et présentaient différents profils d'aire sanitaire (taille et population de l'aire sanitaire plus ou moins importants, nombre de villages de l'aire sanitaire et proportion de villages couverts par la NAC plus ou moins élevé, aires sanitaires bénéficiant/ ne bénéficiant pas de la subvention totale de soins pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans) et différents profils en terme de performance (CSPS identifiés par l'équipe comme fonctionnant correctement et CSPS identifiés comme présentant des difficultés). Les 10 CSPS ainsi sélectionnés étaient les suivants : Kogoli de Tambaga, Tambaga, Tansarga, Yirini, Boudieri, Tatiangou, Botou, Nagaré, Kantchari et Namounou.

- **Collecte et analyse des données qualitatives**

Des entretiens individuels simples ou semi-structurés, des groupes de discussion informels et des histoires de cas avec ont été menés auprès des différentes personnes impliquées directement ou indirectement dans le programme : personnel de santé, autorités locales, membres influents des communautés, ASBC, mères de cas admis dans le programme MAS ou MAM, mères d'enfants de moins de 5 ans, tradipraticiens, personnel ACF et APDC, statisticien de l'équipe cadre du district. La liste des acteurs clés rencontrés au cours de la collecte des données qualitatives est présentée en annexe 2.

Pour cette étape, 6 membres de l'équipe ACF répartis en 3 binômes ont participé à la collecte des données qualitatives. Le choix des formations sanitaires et communautés à visiter prenait en compte les critères suivants :

Tableau 12 : Critères de sélection des communautés et formations sanitaires visitées au cours de la collecte de données qualitatives (District Sanitaire de Diapaga, Région de l'Est, Burkina Faso, mars 2012)

Communautés	Formations sanitaires
- Présence/ absence de la gratuité totale des soins pour les moins de 5 ans	- Distribution spatiale dans le district
- Réputation du CSPS positive/ négative	- Aire sanitaire étendue/ restreinte
- Village proche(<10 km)/ éloigné(>10 km) du CSPS	- Utilisation systématique/ non systématique du PB comme critère d'admission
- Présence/ absence d'ASBC de la NAC dans le village	- Aire sanitaire couverte par la NAC ACF/ NAC APDC
- Village présentant un grand/ faible nombre d'admissions au cours des 6 derniers mois	- Réorganisation des jours de suivi effective/ non effective

- **Analyse de la distribution spatiale de la population, des admissions, abandons**

Au fur et à mesure des avancées de l'investigation, les informations collectées et analysées avec les équipes sont consignées et organisées en schéma visuel en utilisant la méthode du Mind Mapping.

Cette étape de l'investigation permet d'identifier les facteurs influençant la couverture et d'aboutir à la formulation d'hypothèses sur les zones de couverture « faible » ou « élevée ».

2 ETAPE 2 : Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones

L'objectif de la seconde étape est de confirmer au moyen d'enquêtes sur petites zones l'hypothèse sur les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'étape précédente d'analyse.

Ces enquêtes ont été réalisées dans 8 villages. La méthode active et adaptative de recherche de cas a été utilisée pour dépister les cas de malnutrition aiguë sévère. La définition des cas recherchés incluait une description des cas de marasme et de kwashiorkor, ainsi que les enfants recevant actuellement du Plumpy Nut ou des rations sèches du PAM, et les éventuels cas hospitalisés.

Les résultats des enquêtes sur petites zones ont été comparés au seuil de couverture défini comme cible à atteindre par le projet ; ce seuil était de 30%.

3 ETAPE 3 : Estimation de la couverture globale

L'estimation de la couverture globale est obtenue au terme des étapes suivantes :

▪ Développement de la Probabilité a Priori

La *Probabilité a Priori* est la formulation d'une appréciation de la couverture. Cette appréciation se construit à partir de l'évaluation des facteurs ayant un impact positif ou négatif sur la couverture, dégagés à partir de l'analyse des données quantitatives et qualitatives recueillies précédemment. Elle est traduite numériquement à l'aide de la théorie Bayésienne des probabilités et exprimée sous forme de pourcentage. La *Probabilité a Priori* ainsi produite est ensuite traduite sous forme de courbe à l'aide de la Calculatrice de Bayes.

▪ Construction de l'Évidence Vraisemblable

La construction de l'*Évidence Vraisemblable* consiste en la réalisation d'enquêtes sur une grande zone, le but étant de recenser le nombre total de cas de malnutrition aiguë sévère de la zone et parmi eux le nombre de cas couverts.

La taille de l'échantillon souhaitable et le nombre de villages à enquêter sont déterminés au moyen de la formule suivante :

$$N = \frac{[(mode \times (1-mode) / (précision/1,96)^2] - (\alpha + \beta - 2)}{population\ moyenne\ par\ village \times (pourcentage\ de\ la\ population\ entre\ 6\ et\ 59\ mois/100) \times (prévalence\ MAS/100)}$$

Dans le but d'assurer une représentativité spatiale, les villages ont été sélectionnés en utilisant la méthode d'échantillonnage aléatoire systématique à partir d'une liste exhaustive des villages et hameaux de culture regroupés par aire sanitaire et par commune. L'enquête sur grande zone a ainsi été menée dans 37 villages.

De même que pour les enquêtes sur petites zones, les cas de malnutrition aiguë sévère ont été identifiés au moyen de la méthode active et adaptative. Un questionnaire a été administré aux mères ou accompagnants des cas non couverts par le programme dans le but de déterminer les raisons expliquant le défaut de prise en charge. Ces cas non couverts ont systématiquement été référés vers les structures de prise en charge les plus proches.

La collecte des données a été réalisée du 20 au 26 avril 2012.

▪ Production de la Probabilité a Posteriori

La *Probabilité a Posteriori* correspond à l'estimation de la couverture globale : elle représente la synthèse de la *Probabilité a Priori* et de l'*Évidence Vraisemblable*, générée par la calculatrice de Bayes avec un intervalle de crédibilité à 95%.

ANNEXE 2 : COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES

Informateur	Village/ Hameau de culture	Aire sanitaire	Méthode
Personnel CSPS Personnel CREN	Diapaga Kogoli de Tambaga Tansarga Nagaré Kantchari Boudieri Tatiangou Namounou Kotchari Diapaga	Diapaga Kogoli de Tambaga Tansarga Nagaré Kantchari Boudieri Tatiangou Namounou Kotchari Diapaga	Entretien simple Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré
Mères de bénéficiaire CREN Mères de bénéficiaire CREN Mère de bénéficiaire MAS	Diapaga Mahadaga Ontario Diafouanou	Diapaga Mahadaga Nagaré Tansarga	Histoire de cas (3) Histoire de cas Entretien simple Entretien simple
Femmes (mères d'enfants de moins de 5 ans)	Diapaga Kpadanfoani Diafouanou Ontario Noufouanou Tatchaga Mohadagou Boungou site Youligoma Fangou 3	Diapaga Kogoli de Tambaga Tansarga Nagaré Nagaré Boudieri Kantchari Tatiangou Kotchari Logobou	Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Entretien simple Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Entretien simple Entretien simple
Tradipraticiens	Kpadanfoani Diafouanou	Kogoli de Tambaga Tansarga	Entretien simple Entretien simple
Conseiller/ Groupe d'hommes influents	Kpadanfoani Diafouanou Ontario Noufouanou Tatchaga Mohadagou	Kogoli de Tambaga Tansarga Nagaré Nagaré Boudieri Kantchari	Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion Entretien simple Groupe informel de discussion Groupe informel de discussion
Relai communautaire ACF Relai communautaire APDC	Kpadanfoani Diafouanou Mohadagou Tatchaga Boungou site Fangou 3	Kogoli de Tambaga Tansarga Kantchari Boudieri Tatiangou Logobou	Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien semi-structuré Entretien simple
ASC (agent PSP)	Youligoma	Kotchari	Entretien simple

ANNEXE 3 : FORMATION DU PERSONNEL ACF A LA METHODOLOGIE SQUEAC

Nom	Poste
Pour l'ensemble des étapes :	
Kiema Léonard	Adjoint responsable de programme nutrition
Pour la collecte et l'analyse des données qualitatives et quantitatives	
Mme YAO Sawadogo Ida Brigitte	Chef de projet CSPS
OUOBA Bindi	Chef de projet CREN
MORBIGA Limani	Chef de projet NAC
Mme OUOBA Irène	Superviseur CSPS
THIOMBIANO Mariam	Animatrice NAC ACF
Pour les enquêtes sur petites et grandes zones :	
THUAL Hélène	Responsable de programme nutrition
MORBIGA Limani	Chef de projet NAC
LIDO Ali	Animateur NAC ACF
COULDIATI Joseph	Animateur NAC ACF
OUALI Palamanga	Animateur NAC ACF
BANHALA SANGNA Germaine	Animatrice NAC APDC
LAMOUDIDIA Thiombiano	Animateur NAC APDC
NAMOANO HANRO Deborah	Enquêtrice
PANATI Mamata	Enquêtrice
LOMPO Diapagli Maurice	Enquêteur
GNOULA Boundi	Enquêteur
OUALI Bendi Moumini	Enquêteur

ANNEXE 4 : FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE

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

Village NAC : Oui Non Si Oui => ASBC présent : Oui Non

CSPS de référence (aire de santé) : _____ Distance (km) : _____

CSPS le plus proche : _____ Distance (km) : _____

N°	Nom complet de l'enfant	Age (mois)	Oedèmes (+, ++, +++)	PB (en mm)	Cas de malnutrition sévère ? PB<110mm Ou Oedèmes (cocher la case)	Cas actuellement en traitement pour la malnutrition aigüe ?		Notes (abandon, déchargé ...)
						Quel programme?	Référé par qui ?	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
Ne pas remplir								

Systematiquement demander la carte des bénéficiaires actuellement en traitement (sévéres et modérés) et le carnet de santé et vérifier la date de la dernière visite.

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

Les cas sévéres pris en charge dans le programme PAM (rations sèches) sont des cas non couverts. Utilisez le questionnaire "Cas non couvert" pour ces cas et notez que l'enfant est en programme PAM.

Tous les cas sévéres 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 5 : QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E) DES CAS NON COUVERTS*(= enfants malnutris sévères PAS dans le programme)*

Village/ quartier enquêté : _____ Date : _____

Numéro de grappe : _____ Numéro d'équipe : _____ Numéro de cas : _____

Aire de santé : _____ Nom complet de l'enfant : _____ Age : _____

1. DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT ? _____

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

 OUI NON NE SAIT PAS

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

 OUI NON

Si oui, quel est le nom du programme ? _____

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

*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 (quelle occupation ?)		
La mère/ l'accompagnant est malade		
L'enfant est dans le programme PAM		
La mère a honte d'aller dans le programme		
Je n'ai pas d'argent pour emmener l'enfant en consultation		
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, ou ne pense pas que le traitement est efficace, etc.)		
Autres raisons (détailler)		

5. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ADMIS DANS LE PROGRAMME QUI DONNE DES PLUMPY NUT ?

 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 CSPS le plus proche**

ANNEXE 6 : COLLECTE DE DONNEES INDIVIDUELLES**Distance du village d'origine par rapport au CSPS**

	Nombre d'admissions												
Distance	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
0-5 km													
> 5 - 10 km													
> 10 - 15 km													
> 15 km													
Hors aire													

	Nombre d'abandons												
Distance	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
0-5 km													
> 5 - 10 km													
> 10 - 15 km													
> 15 km													
Hors aire													

PB à l'admission

	Nombre d'admissions												
PB	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
> 125 mm													
125 mm													
124 mm													
123 mm													
(...)													
91 mm													
90 mm													
89 mm													
88 mm													
87 mm													
86 mm													
85 mm													
< 85 mm													

Nombre de visites avant l'abandon

	Nombre d'abandons												
Nombre de visites avant l'abandon	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
1													
2													
3													
4													
(...)													
12													
> 12													

Durée de séjour des guéris

	Nombre de guéris												
Nombre de semaines de traitement	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
1													
2													
3													
(...)													
11													
12													
> 12													

Admissions par mode de référencement

	Nombre d'admissions												
Mode de référencement	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
CPE/ spontané													
ASBC													
Consultation curative													
Réadmission													
Rechute													
Autre													