



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

Guidimaka  
**MAURITANIE**

**Mars – Avril 2011**  
**Brian Mac Domhnaill**

**Financée par :**

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

## **Index**

Index.....	2
Résumé.....	3
Introduction.....	5
Méthodologie.....	10
Première étape : Formulation d’hypothèse.....	12
Deuxième étape : Micro enquête .....	16
Troisième étape : Enquête.....	17
Discussion et Recommandations.....	21
Annexe 1 : Valeurs de Référence des principaux indicateurs Sphère .....	23
Annexe 2 : Les équipes de collecte des données.....	23
Annexe 3 : Chronogramme des activités.....	24

## Résumé

4,4% de la population de Guidimaka est estimée être dans une situation d'insécurité alimentaire sévère.<sup>1</sup> Les mauvais comportements alimentaires et le manque d'hygiène sont parmi les premières causes de malnutrition.<sup>2</sup> La consommation alimentaire est très peu diversifiée résultant de prévalences élevées de carences en micronutriments. L'allaitement maternel exclusif est aussi peu pratiqué.<sup>3</sup>

L'outil d'*Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC) a été développé par Valid International pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture des programmes de nutrition. Une enquête SQUEAC a été effectuée en Guidimaka en Avril 2011, quand les greniers étaient encore pleins.

Nous avons trouvé 17 cas de MAS, 4 étaient inclus dans le programme d'ACF. Utilisant la méthodologie Bayésienne nous arrivons à un taux de couverture de 33%. Une enquête sur la couverture du programme d'ACF en Guidimaka réalisée en Décembre 2009 a estimé un taux de couverture de 29,3%. Les résultats des enquêtes indiquent qu'ACF en Guidimaka n'a pas réussi à améliorer le taux de couverture du programme.

91% de parents d'un enfant MAS non-couvert ne savaient pas où ils pourraient amener leur enfant pour être traité. Malgré les activités de sensibilisation réalisées, la connaissance de la population du programme de nutrition est faible. Nous croyons que le manque de connaissances est la raison fondamentale pour la faible couverture du programme.

Nous croyons que la stratégie de communication mérite d'être renforcée pour s'assurer que toutes les communautés soient informées de l'existence de la PEC dans les centres de santé. Pour se faire, les agents de santé et les relais communautaires doivent être mis à contribution.

Les quatre cas couverts ont été trouvés dans les communes où le personnel des centres de santé est bien motivé. Ces résultats sont consistants avec l'opinion que le programme

---

<sup>1</sup> Enquête ESAM Janvier 2009

<sup>2</sup> ACF Mauritania Country Nutrition Profile

<sup>3</sup> ACH-E Mauritania Nutrition Country Profile

fonctionne bien dans les communes où les partenaires sont coopératifs malgré les difficultés. Un résultat de l'analyse qualitative est que la DRAS a des difficultés à réaliser la supervision des centres de santé. Nous sommes convaincus que le renforcement de la supervision des centres est fondamental pour réussir le programme contre la malnutrition en Guidimaka et que le soutien d'ACF à ce sujet serait une intervention stratégique.

## **1.Introduction**

### ***1.1. Contexte***

Guidimaka est située dans le sud-est de Mauritanie aux frontières de Mali et du Sénégal. La région a un climat sahélien et connaît d'août à septembre une saison de pluies, en octobre une petite saison chaude, de novembre à février une saison froide et de mars à juin une saison chaude.

Guidimaka est connue comme 'Le grenier de la Mauritanie'. On distingue trois principaux systèmes de production céréalière. Les cultures irriguées, principalement du riz, sont réalisées dans des périmètres aménagés, situés dans le sud de la région. Les cultures de dieri, telles que le sorgho ou le mil, sont pratiquées dans toute la région durant la saison des pluies. Les cultures de walo, telles que le maïs, sont réalisées au moment de la décrue sur les terres immergées pendant la saison des pluies grâce à des systèmes de retenue d'eau naturels ou artificiels. Le système de dieri constitue la source de production céréalière de la majorité des habitants de la région. Fortement dépendante de la pluviométrie, cette production est très aléatoire et subit de grandes variations d'une année sur l'autre.

L'élevage en Mauritanie est caractérisé par la cohabitation de deux principaux types de production. Les grands éleveurs détiennent des troupeaux de plusieurs centaines de têtes, camelins, bovins ou plus rarement des petits ruminants. Ils pratiquent la transhumance, et tirent leurs revenus de la vente du bétail sur pied, ou de la commercialisation des produits d'origine animale (viande et lait). Les troupeaux des petits éleveurs sont principalement pour fournir des produits d'origine animale pour la consommation de la famille de l'éleveur. Le troupeau constitue également une réserve de capital. L'élevage est encore très souvent pratiqué de manière traditionnelle.

Le maraichage se développe peu à peu dans la région, en tant qu'activité de subsistance exclusivement féminine. Celles-ci s'organisent en groupements coopératifs bien qu'exploitant de manière individuelle une partie du périmètre maraicher commun. Les productions tirées de cette activité sont en partie vendues et en partie autoconsommées.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> ACF, Mauritania Malnutrition Country Profile

Guidimaka est considéré comme une province à part de la société Mauritanien. La population de province est composée essentiellement de Soninkés, Peuls, et Maures avec une présence limitée de Bambara et Wolof.

**Tableau 1 : Nombre estimé de personnes en insécurité alimentaire en milieu rural en 2009<sup>5</sup>**

Moughataa	Population extrapolée en 2008	Nombre estimé de personnes en insécurité alimentaire		
		Sévère	Modérée	Globale
Ould Yenge	59 716	2 635 (4,4%)	5 562 (9,3%)	8 196
Selibaby	136 635	6 028 (4,4%)	12 726 (9,3%)	18 754
Guidimaka	196,351	8 663 (4,4%)	18 288 (9,3%)	26 950

4,4% de la population de Guidimaka est estimée être dans une situation d'insécurité alimentaire sévère.<sup>6</sup> Les mauvais comportements alimentaires et le manque d'hygiène sont parmi les premières causes de malnutrition.<sup>7</sup> La consommation alimentaire est très peu diversifiée résultant de prévalences élevées de carences en micronutriments. L'allaitement maternel exclusif est aussi peu pratiqué.<sup>8</sup>

**Carte 1 : Mauritanie par zone d'activités de production d'aliments<sup>9</sup>**



<sup>5</sup> Enquête ESAM Janvier 2009

<sup>6</sup> Enquête ESAM Janvier 2009

<sup>7</sup> ACF Mauritania Country Nutrition Profile

<sup>8</sup> ACH-E Mauritania Nutrition Country Profile

<sup>9</sup> FEWS NET

### ***1.2 Le système sanitaire***

L'administration du système sanitaire est organisée par le Ministre de Santé (MS). Dans chaque région la Direction Régionale Administrative de la Santé (DRAS) représente le Ministère de la Santé. Un nouveau programme de construction et de réfection des centres de santé et le redéploiement du personnel a été lancé par le MS ce qui a permis une croissance rapide d'accessibilité à des structures sanitaires.

Les services pour la lutte contre la malnutrition sont : le Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle (CRENI) pour enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère avec complications; le CRENAS pour enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sans complications; et pour les autres groupes vulnérables, il y a des services offerts dans le cadre du Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour les Modérés (CRENAM).

### ***1.3 ACF en Guidimaka***

Depuis Mai 2009, ACF-E travaille en Guidimaka dans l'objectif d'appuyer la concrétisation effective du Protocole National de prise en charge de la malnutrition dans 13 structures de santé et contribuer à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans en dessous du seuil d'urgence d'une façon durable. En Juillet 2010, une seconde phase du projet a démarré avec notamment un objectif d'augmenter la couverture des programmes nutritionnels et de le porter à au moins 50% dans une région de 15km autour des postes de santé soutenus par ACF avant de juin 2011.. Au moment de cette enquête, le projet était en pleine extension à 13 nouveaux centres nutritionnels.

## **2. Objectifs de l'enquête**

Les objectifs principaux de cette enquête étaient de :

- estimer la couverture dans les zones cibles identifiées du programme
- identifier la distribution de zones de couverture élevée et de zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention
- identifier les barrières à l'accessibilité du service
- émettre des recommandations pour le renforcement du programme.

### 3. Méthodologie

#### 3.1 SQUEAC

L'outil d'*Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC) a été développé par Valid International pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture des programmes de nutrition. SQUEAC est une évaluation semi-quantitative combinant deux types de données :

1. Données quantitatives : données de routine du programme et données collectées au cours d'enquêtes sur des petites et grandes zones.
2. Données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté ou des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

Cette méthode met l'accent sur la collecte et l'analyse intelligente de diverses données avant de procéder à l'étape terrain. L'éclairage ainsi apporté sur le fonctionnement du service permet de limiter la collecte de données quantitatives et facilite l'interprétation des résultats.

L'outil SQUEAC permet par conséquent d'assurer à moindre coût un monitoring régulier des programmes et d'identifier les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les raisons expliquant ces situations. L'ensemble de ces informations permet de planifier des actions spécifiques et concrètes dans le but d'améliorer la couverture des programmes concernés.

La méthodologie SQUEAC se compose de trois étapes:

A) Le développement de la **Probabilité à Priori** (une appréciation de la couverture) en fonction de l'analyse des données de routine et des informations qualitatives collectées au cours d'entretiens individuels ou de groupes de discussion. Il comprend plusieurs étapes :

- a. Analyse des données de routine
- b. Collecte et analyse de données qualitatives
- c. Analyse de la distribution spatiale et identification de zones de couverture potentiellement faible ou élevée



- d. Formulation d'une hypothèse sur la couverture en fonction de l'évaluation des facteurs positifs et négatifs
- e. Réalisation d'enquêtes sur petites zones dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses sur la couverture
- f. Élaboration d'un graphique exprimant l'appréciation de la couverture (application de la théorie Bayésienne des probabilités)

B) Construction de l'**Evidence Vraisemblable** (données quantitatives sur le nombre d'enfants couverts). Les étapes à suivre seraient :

- a. Enquête sur une grande zone afin de déterminer le nombre total de cas de malnutrition aigue sévère et le nombre de cas couverts, au moyen d'une méthode d'échantillonnage aléatoire systématique.
- b. Production de la probabilité a posteriori (l'estimation de la couverture globale).

C) Production de la **Probabilité à Posteriori** : Mise a jour de la croyance sur la couverture (synthese de la *Probabilite a Priori* et l'*Evidence Vraisemblable*) pour produire l'estimation globale avec la calculatrice de Bayes

### ***3.2. Organisation de l'enquête et formation des enqueteurs***

Un consultant international, Brian Mac Domhnaill, a été recruté comme Chef de Projet de l'enquête SQUEAC. Le Chef de Projet a travaillé en coordination avec Elisa Dominguez, (ACF-Espagne à Madrid), Félicien Muhire Rwabahizi (ACF-Mauritanie) et Saul Guerrero (ACF-UK).

En Guidimaka, une équipe pour la coordination de l'enquête a été formée. L'équipe de coordination était composée du Chef de Base d' ACF en Guidimaka, du Chef de Projet Nutrition, de l'Assistant de Projet Nutrition, du Chef Logistique, de l'Assistant Logistique et du Chef de projet SQUEAC. L'équipe de coordination se réunissait régulièrement pour traiter toutes les questions concernant l'enquête. La gestion quotidienne de l'enquête a été réalisée par le Chef de Projet SQUEAC et l'Assistant Nutrition. Le Chef de Projet SQUEAC a travaillé en étroite collaboration avec Saul Guerrero concernant les questions techniques liées à la méthodologie.

Après une révision extensive de littérature concernant le problème de la malnutrition en Guidimaka, nous avons effectué 22 entretiens qualitatifs avec le personnel d'ACF, Ministère de la Santé, des ONGs locales, et des représentants de la communauté locale. Nous avons analysé toutes les informations qui étaient disponibles, y compris les fiches individuels des patients, les registres et les rapports mensuels de CRENI et CRENAS. Nous avons aussi analysé des rapports mensuels, trimestriels et annuels des DRAS et ACF. Basé sur cette analyse, une hypothèse a été formulée.

Avant de faire le test d'hypothèse nous avons recruté et formé une équipe pour la collecte des données. Six personnes ont été recrutées. Toutes les personnes recrutées avaient déjà travaillé dans la collecte de données anthropométriques, y compris sur des enquêtes basées sur la recherche active des cas. Nous avons organisé une formation d'une journée. La formation a traité sur la sélection des villages, l'accès aux villages et aux familles, sur la sélection des cas dans les villages selon les critères d'admission du programme, sur la collecte des mesures anthropométriques et données à collecter, sur la référence des cas souffrant de malnutrition aigue sévère (MAS), sur les cas d'absence et l'organisation du travail et de la supervision. La formation a été effectuée par le Chef de Projet SQUEAC et l'Assistant Nutrition.

Une équipe de dix personnes a fait une micro enquête (pre-test) dans le quartier de l'Hôpital de Selibaby et le jour d'après, deux équipes ont été formées pour enquêter dans les cinq villages autour du centre de santé de Ould M'Bonny. La méthodologie de SQUEAC fut suivi. Les équipes n'ont trouvé aucun cas de malnutrition sévère. Le fait que nous n'ayons pas trouvé de cas de MAS a compliqué l'analyse de cette micro enquête. Cette enquête a été réalisée quand les greniers étaient encore pleins ce qui laissait penser que très peu de cas seraient retrouvés pendant la période prévue d'enquête. Pour éviter que la deuxième étape ne devienne plus coûteuse ce qui est consistant avec la logique de SQUEAC, nous avons décidé de passer à la troisième étape.

38 villages ont été sélectionnés pour être dépisté à travers la méthodologie d'échantillonnage de SQUEAC. Tous les villages étaient autour de 15km d'un centre de santé soutenu par ACF. Deux équipes ont été formées, chacune avec voiture et chauffeur. A noter que quelques villages sélectionnés n'ont pu être retrouvés ou étaient vides de leur population temporairement au moment de la visite. Dans ces cas-là nous avons effectué l'enquête dans le village le plus proche.

À cause des risques de sécurité, les possibilités de supervision de la qualité de collecte de données ont été limitées mais un control des données a été fait en confirmant les résultats de l'équipe d'enquêteurs par un deuxième équipe responsable de l'implémentation de l'une des activités du projet (cash transfer).

## **4. Résultats**

### ***4.1. Première étape : Formulation de l'hypothèse***

Les objectifs de la première étape consistaient à identifier les régions de haute et basse couverture utilisant les données du programme et les autres informations disponibles. Ceci a été faite à travers l'analyse qualitative des informations collectées.

#### *Analyse qualitative*

Nous présentons ici une synthèse des questions abordés dans les entretiens avec les personnels d'ACF, MS, des ONGs locales, et représentants de la communauté locale.

La responsabilité pour le suivi des centres de santé reste correspond à la DRAS. Le rôle d'ACF-E est d'appui technique, ce qui ne lui permet pas d'avoir une autorité supervisonnaire, et par conséquent, les recommandations faites par les superviseurs d'ACF-E peuvent rester lettre morte si les responsables hiérarchiques de la DRAS ne sont pas impliqués dans le processus de suivi.<sup>10</sup> La supervision de la DRAS doit être faite quatre fois par an mais à cause du manque de ressources humaines la supervision de la DRAS est faite uniquement 1 ou 2 fois par an.<sup>11</sup> En effet dans la plupart des centres de santé en Guidimaka la présence d'une autorité hiérarchique pour soutenir le travail des superviseurs ACF manque.

Il y a une absence de coordination entre la DRAS, les autres agences de l'administration locale sanitaire et ACF. Une réunion de coordination avec tous les partenaires doit avoir lieu tous les 3 mois. De fait, les réunions sont rarement organisées, même si ACF a cherché à encourager l'organisation de ces réunions.

Une pièce clé de la stratégie d'ACF en Guidimaka est le programme des Relais Communautaire (RC). Le concept de ce programme était d'engager la volonté des populations

---

<sup>10</sup> ACF 2009

<sup>11</sup> Chef de Project de Nutrition d'ACF en Guidimaka

locales pour combattre la malnutrition à travers l'organisation d'un corps complémentaire au personnel d'ACF et au système sanitaire. Le programme n'a pas eu les résultats attendus car malgré qu'ACF considère les relais communautaires comme des bénévoles de leur communauté, les relais, eux-mêmes, se considèrent en quelque sorte liés à ACF (ils reçoivent des indemnités de la part d'ACF pour payer leur transport lors des réunions). Ces indemnités ne correspondent pas à leurs attentes ce qui fait que leur est faible. Au moment de l'enquête, ACF était en train de revoir le programme des relais communautaires.

### Analyse quantitative

L'analyse des données de dépistage, du CRENI et de CRENAS a été réalisée en référence aux questions suivantes: la tendance des enfants malnutris admis aux services de nutrition ; la distribution géographique des enfants admis ; les critères d'admission ; les indicateurs de performance des centres. Cette analyse a été compliquée par certaines incohérences dans les données du programme. Les graphiques ci-dessous présentent la trajectoire des admissions et notre estimation évaluation de demande qui reste néanmoins approximative.

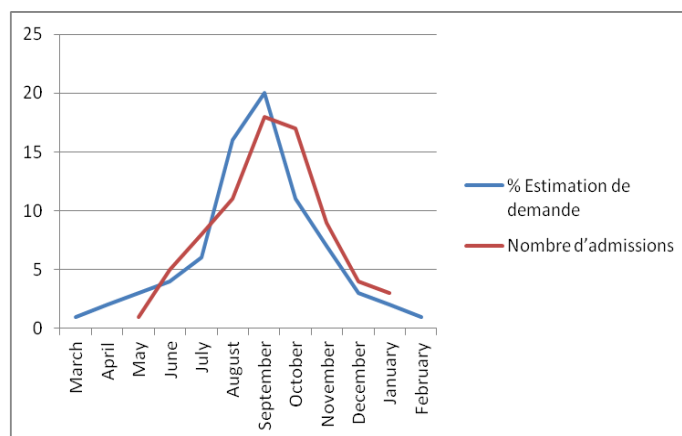
### Dépistage

Le dépistage communautaire a débuté en juin 2009 et jusqu'en Décembre 2010, 24,535 enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes et allaitantes ont été dépistés dont 175 enfants avec malnutrition aigüe sévère (MAS) ont été identifiés à travers la mesure du périmètre brachial (PB). Le taux de cas de MAS identifié à travers le dépistage au PB est de 0.7% tant que taux estimé de MAS dans la population infantile dans la région est autour de 1% (enquête anthropométrique SMART décembre 2010- à travers la mesure du poids/taille).

### CRENI

76 enfants ont été admis au CRENI de mars 2010 à janvier 2011. Dans la graphique 1, nous observons l'évolution des cas tout au long de l'année avec une augmentation pendant la période de soudure et un pic au mois de septembre. 90% des cas admis sont venus spontanément (et non référés par les relais ou les CRENAS). La table 2 montre qu'il y a eu des améliorations importantes dans la performance du CRENI entre 2009 et 2010 : le pourcentage des cas guéris a augmenté de 58% à 72% et le pourcentage d'abandons a baissé ainsi que le taux de mortalité même si celui-ci reste encore préoccupant (13%).

**Graphique 1: Evolution d'admissions dans le CRENI, mars 2010 à janvier 2011**



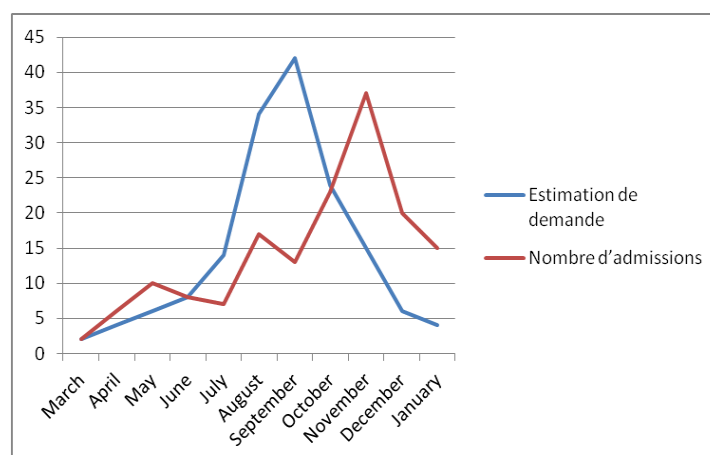
**Tableau 2 : Indicateurs de performance du CRENI, source ACF 2010**

Indicateurs	2009	2010
Guéris	58%	72%
Abandons	19%	13%
Décès	19%	15%
Transferts/autres (NR)	4%	0%

### CRENAS

La tendance des admissions au cours de l'année 2010 a été à la hausse avec un pic d'admissions entre août et novembre. 64% des admissions étaient spontanées (le reste étaient référés étaient référées par le système du dépistage). Le taux de guérison était très faible en 2009 par rapport aux standards de SPHERE mais s'est amélioré en 2010 avec 47% en raison du taux très élevés d'abandons (43%).

**Graphique 2: Evolution d'admissions dans les CRENAS, mars 2010 à janvier 2011**



**Tableau 3 : Indicateurs de performance des CRENAS, source ACF 2010**

<b>Indicateur</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Guéris	15%	47%
Abandons	46%	43%
Décès	1%	2%
Transferts/autres (NR)	38%	8%

#### Couverture du programme d'ACF en Guidimaka – Enquête CSAS- décembre 2009

Une enquête sur la couverture du programme d'ACF en Guidimaka avait déjà été réalisée en Décembre 2009 avec la méthodologie CSAS. La couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aigue sévère avait été estimée à ce moment-là à 30%. Les trois grandes causes de cette faible couverture étaient : la pauvre de connaissance du programme ; le refus de traitement et la distance au centre de santé. Le manque de connaissance du programme, d'une forme à l'autre, était la cause la plus importante. Le nombre de personnes n'ayant pas connaissance du programme était 19 sur 29. Quant aux refus, 6 sur 14 des personnes connaissaient le programme mais avaient refusé d'envoyer leurs enfants pour traitement. La distance ou l'inaccessibilité aux centres de santé ne semblait pas avoir eu beaucoup d'importance.

#### Hypothèse

Notre analyse d'information ci-dessus, nous a persuadés que la coopération entre l'ACF et la DRAS n'était pas assez dynamique pour pouvoir atteindre les standards minimum de couverture de SPHERE. Nous croyons que la performance des centres de santé dépendait des facteurs locaux comme l'engagement du personnel du centre. Nous croyons que la couverture serait plus élevée dans les zones où il y a un engagement fort entre le personnel des centres et la population locale et faible où la motivation du personnel serait en cause. Nous avons décidé de tester cette hypothèse dans les communes de Sélibaby et Ould M'bonny, où les motivations étaient connues pour être, respectivement, fortes et faibles.

#### ***4.2. Deuxième Étape : micro enquête***

Comme remarqué plus haut, le fait que nous n'ayons pas trouvés de cas de MAS pendant cette micro-enquête a limité la possibilité de contribuer à une qualification de l'hypothèse.

### 4.3 Troisième étape : estimation de la couverture du programme

L'objectif de la troisième étape est de fournir une estimation de couverture du programme. On a commencé par faire une estimation de la couverture à priori.

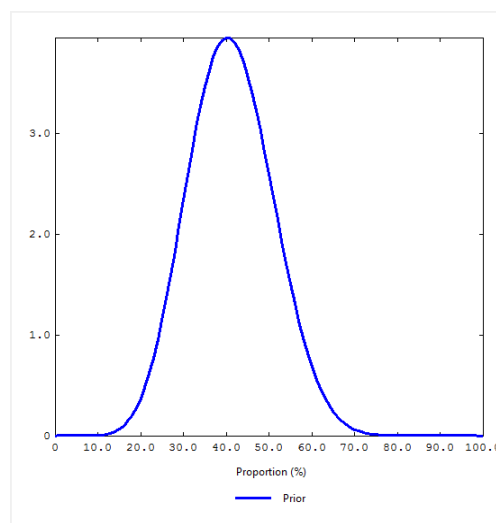
#### L'Estimation de couverture à priori

Le tableau 4 présente les informations recueillies qui ont été analysées et ajoutées ou soustraites d'une couverture minimale et maximale. Une moyenne a été calculée ensuite pour fournir une valeur médiane bayésienne et une courbe de distribution a priori a été produite.

**Tableau 4: Table d'analyse des facteurs a priori**

Facteurs positifs	Valeur		Facteurs négatifs
Taux de guéris plus élevé	5	10	Faible rapport avec population
Faible nombre d'abandons	5	5	faible taux de guérison dans le CRENAS
Activités de sensibilisation	5	5	Distance aux centres de santé
		5	Faible nombre d'admissions
		5	Difficultés avec le personnel de quelques centres de santé
		5	Faible nombre d'admissions à travers le programme de dépistage
		5	Problèmes de transport
	15	40	
Ajouté au minimum (0%)	15	60	Soustraites au maximum (100%)
	37,5		
$\alpha = 9,9$			$\beta = 14,2$

**Graphique 3: Courbe de distribution a priori**



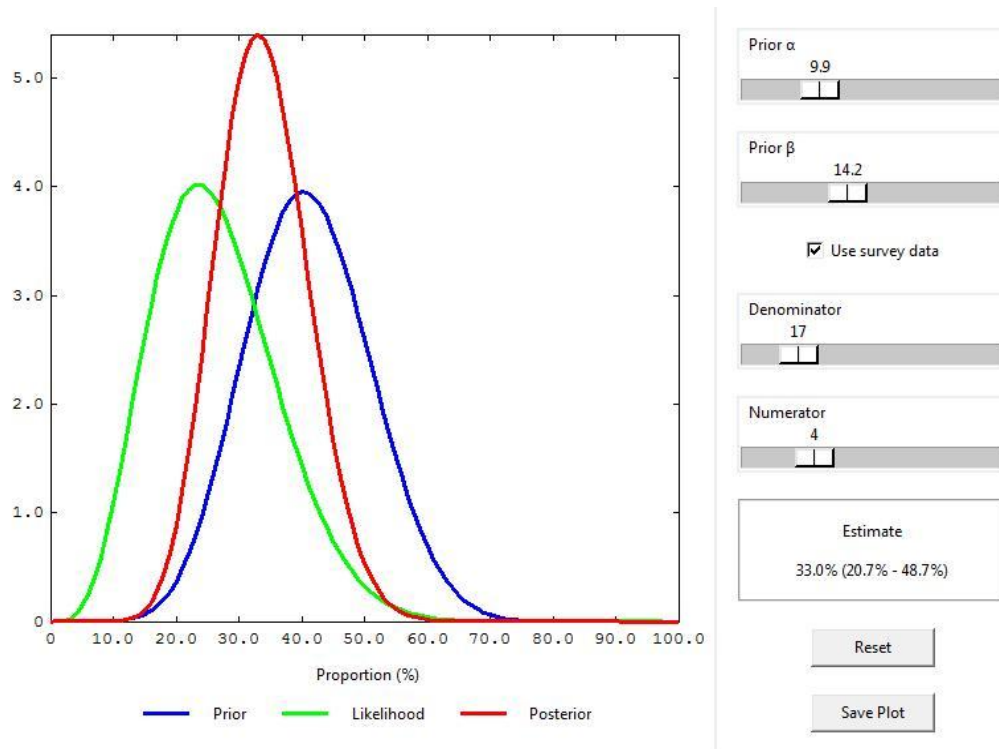
#### 4.4. Résultats de la collecte des données terrain

Nous avons trouvé 17 cas de MAS. Des 17 cas, 4 étaient inclus dans le programme. Utilisant la méthodologie Bayesian nous arrivons à un taux de couverture de **33%**.

Tableau 5 : Résultats d'enquête

Type d'cas	Nombre
Nombre de cas de MAS	17
Nombre de cas de MAS dans le programme	4
Nombre de cas de MAS hors programme	13

Graphique 4: Courbe de distribution a posteriori



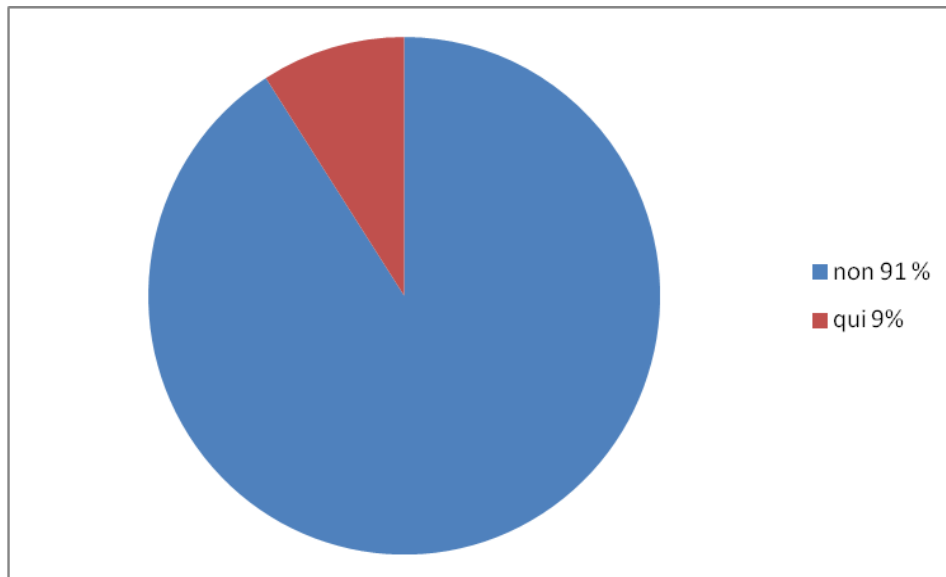
3 des 4 cas couverts habitaient dans le village de Tagoutalla dans la commune de Wompou. L'autre cas vivait dans le village de Souvi. Les cas non-couverts ont été trouvés dans toutes les mougatas de la province, bien qu'il y ait une concentration des cas dans le Nord-Ouest.

Pour 11 des 13 cas non-couverts, un deuxième questionnaire a été appliqué pour savoir la raison du non-traitement. 2 cas sur 11 cas n'ont pas reconnu que leur enfant était malade. 10 sur 11 (91%) parents d'un enfant MAS ne savaient pas où ils pourraient amener leur enfant



pour être traité (voir Graphique 5). Le seul parent qui savait où trouver le centre de santé ne voulait pas amener son enfant dans le programme.

**Graphique 5 :Est-ce que vous connaissez un programme qui puisse traiter les enfants malnourris ?**



## **5. Discussion et Recommandations**

L'enquête SQUEAC menée en avril 2011 sur la zone couverte par ACF en Guidimaka a estimé un taux de couverture de cas de MAS de 33%. L'enquête sur la couverture du programme d'ACF en Guidimaka réalisée en décembre 2009 avait estimé un taux de couverture de 30%. Les résultats indiquent qu'ACF en Guidimaka n'a pas réussi à améliorer de façon significative le taux de couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aigue sévère. Contrairement à la méthodologie CSAS de l'enquête faite 2009 qui avait exclu certaines zones non couvertes par ACF, cette année nous avons considéré toute l'étendue des 15 communes comme zone d'intervention ACF.

Malgré les activités de sensibilisation développées par ACF, la connaissance de la population du programme de nutrition est faible. Dans la présente enquête seulement 1 parent sur 11 (9%) avec un enfant MAS connaissait l'existence du programme de nutrition pouvant aider son enfant. Dans l'enquête de 2009, 10 parents sur 24 (soit 42%) connaissaient l'existence d'un programme de nutrition qui pouvait aider leur enfant. De grandes variations dans les résultats, tels que ceux-ci, peuvent se produire quand un petit nombre de cas sont traités mais

il faut tenir en compte également qu'au moment de l'enquête, les personnels des nouveaux centres nutritionnels étant en formation pour ouvrir la PEC dans 13 nouvelles aires de santé. Même lors de l'enquête précédente, le manque de connaissance était la cause la plus importante de la faible couverture du programme de prise en charge nutritionnelle. Nous croyons donc que le taux de couverture en Guidimaka est faible est que le manque de connaissance sur le programme de nutrition est la raison fondamentale.

A noter que le taux de cas de MAS trouvé par le dépistage actif est de 0.7% tant que le taux estimé de MAS dans la population infantile dans la zone est autour de 1%. C'est à dire que les animateurs d'ACF en Guidimaka à travers le dépistage actif ont trouvé un tout petit moins de cas de ce que l'on trouverait à travers un dépistage aléatoire au poids/taille. Le taux des cas de références spontanées est très élevé. Dans le cas où la connaissance par le public des programmes de nutrition est élevé et le taux de référence spontanée est aussi élevé, normalement cela indique une bonne couverture du programme. Dans le cas d'une faible connaissance du public envers le programme, un taux élevé de référence spontanée indique une faible couverture du programme. Ces résultats indiquent une inefficacité importante soit dans les activités de dépistage et de sensibilisation, soit dans la collecte des informations sur les activités de dépistage.

Nous croyons que des changements dans la stratégie communautaire sont nécessaires pour renforcer les objectifs et augmenter autant l'information sur le programme que le taux de référence par les relais. ACF a déjà lancé une révision du rôle des relais communautaires et nous croyons qu'une révision du rôle des animateurs est aussi nécessaire. ACF a mis en place une grande équipe d'animateurs en Guidimaka mais l'impact de leur travail n'est pas évident. Il est important que les agents de santé, les relais communautaires et les personnalités influentes prennent part dans des actions visant à informer les toutes les communautés. Des canaux de diffusions jusque là non exploités doivent être envisagées dans les actions futures il s'agit de l'organisation de campagnes de masses (témoignages, projections...), diffusion des messages à travers les 2 radios communautaires. Les assemblées villageoises initiées en début de cette année seront des moments privilégiés pour informer les populations.

Les quatre cas couverts ont été trouvé dans les communes de Wompou et Souvi. Wompou et Souvi sont connus comme des communes où les personnels des centres de santé sont bien motivés. Ces résultats sont consistant avec l'opinion que le programme fonctionne bien dans

les communes où l'on trouve des partenaires coopératifs mais a plus de difficultés à s'accomplir dans les communes où la motivation du personnel est faible. La stratégie d'ACF pour motiver ces communes – qui est de sensibiliser le personnel des centres à travers la formation et d'une motivation non-financière - semble ne pas avoir eu le résultat escompté.

Nous croyons que des stratégies complémentaires sont nécessaires. Nous sommes convaincus que le renforcement de la supervision des centres en collaboration avec la DRAS est fondamentale pour renforcer le fonctionnement du programme de lutte contre la malnutrition en Guidimaka et le soutien d'ACF à ce sujet serait une intervention stratégique. Nous comprenons que ces activités auraient besoin de l'appui du MS. Nous recommandons qu'ACF cherche à obtenir un accord avec le Ministère de la Santé pour développer un soutien à la DRAS dans la supervision des centres de santé. Nous croyons qu'un tel appui est essentiel pour renforcer le fonctionnement des activités nutritionnelles dans les centres de santé en Mauritanie. Un tel programme de supervision exigerait des améliorations dans la collecte et la gestion des données du programme.

## ANNEXES

### Annexe 1; Valeurs de Référence des principaux indicateurs Sphère

	<b>Acceptable</b>	<b>Alarmant</b>
<b>Guéris</b>	> 75%	<50%
<b>Mortalité</b>	< 10%	>15%
<b>Taux d'abandon</b>	< 15%	>25%
<b>Gain de poids</b>	$\geq 8$ g/kg/jour	< 8 g/kg/jour
<b>Durée de séjour</b>	< 4 semaines	> 6 semaines
<b>Couverture</b>	> 50-70%	< 40%

### Annexe 2 : Les équipes de collecte des données

#### Equipe 1

Abdoulaye Kelly, (Supervisor) 46770541 doukelly@hotmail.fr

Trenich N Mohamed 46538923

Cheikh Medh Aafedh Kelly 44074390 hu/afedhk@live.fr

#### Equipe 2

Moutamadou Gomou Ba, (Supervisor) 46958435 mouhamadougomou@hotmail.com

Djiby Amadou Thiam 46084663 [thiamdjiby25@yahoo.fr](mailto:thiamdjiby25@yahoo.fr) ,

Aysafa Mamadou Sow 22233624

### Annexe 3 : Chronogramme des activités

Activity	Sub-activity	Deadline
Synthesis of existing knowledge – draft 1	Lit review	1.04
	Service data analysis	24.03
	Seasonal calendar	24.03
	Key interviews	1.04
Data collection strategy – draft 1		3.04
Hypothesis development – draft 1		3.04
Sampling preparation – draft 1		3.04
Data collection preparation - draft 1		3.04
Liaison with regional authorities		9.04
Synthesis of existing knowledge – draft 2	Service data analysis	10.04
	Seasonal calendar	8.04
	Key interviews	10.04
Recruitment		10.04
Hypothesis development – draft 2		11.04
Preparation for training		11.04
Preparation for data collection		12.04
Training		13.04
Pilot		14.04
Sampling		15.04
Re-training		16.04
Data collection		24.04
Analysis		7.05
Report writing		25.05