

COVERAGE MONITORING NETWORK

2014

# COVERAGE ASSESSMENT

»SIMPLIFIED LQAS EVALUATION OF ACCESS AND COVERAGE

## SLEAC

Réponse intégrée à l'urgence alimentaire et nutritionnelle au Niger : appui à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et aide au renforcement de la résilience des populations vulnérables

District de Keita, Région de Tahoua, Niger

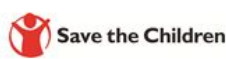
Décembre 2014

Abdoul-Aziz GOZA

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire



# REMERCIEMENTS

---

Coverage Monitoring Network (CMN) et Action Contre le Faim (ACF) adressent leurs remerciements à toutes personnes qui ont rendu possible cette évaluation SLEAC dans les district sanitaires (DS) de Keita : aux autorités administratives et sanitaires dans la région aux personnel des formations sanitaires ainsi qu'aux habitants des quartiers visités pour leur collaboration et leur hospitalité.

En particulier, nous adressons nos reconnaissances et notre satisfaction à l'endroit de toute l'équipe d'enquêteurs pour sa très bonne implication, son objectivité et sa motivation dans la conduite de cette investigation.

Merci aussi à l'European Commission Humanitarian Office (ECHO) et à l'U.S. Agency for International Development (USAID) pour son financement de l'investigation SLEAC.

Cette investigation n'aurait pas été possible sans le travail exceptionnel et l'engagement de toutes les personnes impliquées.

# CONTENTS

ACRONYMS .....	4
FIGURES, TABLEAUX & ANNEXES .....	5
FIGURES.....	5
TABLEAUX.....	5
ANNEXES .....	5
RÉSUMÉ .....	6
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	7
OBJECTIFS.....	8
OBJECTIF PRINCIPAL.....	8
OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	8
CONTEXTE .....	8
CONTEXTE DE L'ÉVALUATION .....	8
DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	9
SITUATION NUTRITIONNELLE .....	10
PCIMA DANS LA ZONE .....	10
RÉSULTATS DES DERNIÈRES EVALUATION DE LA COUVERTURE .....	11
INVESTIGATION .....	12
SLEAC .....	12
RECHERCHE ACTIVE ET ADAPTATIVE DES CAS (RAAC) .....	12
CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE (20% - 40%) .....	13
ESTIMATION DE LA COUVERTURE .....	14
BARRIÈRES À L'ACCÈS AU TRAITEMENT .....	14
PLAN D'ACTION .....	18
ANNEXES .....	27

# ACRONYMS

---

ACF-E	Action Contre la FAIM - Espagne
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CSI	Centre de santé Intégré
CMN	Coverage Monitoring Network
COGES	Comite de Gestion de Sante
CRENAM	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour modérés
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères
DS	District Sanitaire
ECHO	European Commission Humanitarian Office
MAS	Malnutri Aigu Sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
SLEAC	Evaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture
SQUEAC	Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture
USAID	U.S. Agency for International Development

.

# FIGURES, TABLEAUX & ANNEXES

## FIGURES

<i>Figure 1: Carte et situation du district de Keita</i> .....	9
<i>Figure 3: Connaissance du programme et de la malnutrition</i> .....	15
<i>Figure 4: Principales maladies déclarées par les meres d'enfants MAS non couverts</i> .....	15
<i>Figure 5: Principales barrières à l'accès et à la participation</i> .....	16
<i>Figure 6: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme</i> .....	17

## TABLEAUX

<i>Tableau 1: Classification de la couverture</i> .....	6
<i>Tableau 2: Résultat de la recherche active et adaptative</i> .....	13
<i>Tableau 3: Schéma de classification à trois niveaux ; SLEAC Keita, Niger, 2014.</i> .....	13
<i>Tableau 4: Résultats de la classification de la couverture ; SLEAC, District de Keita, Niger, 2014.</i> .....	14

## ANNEXES



# RÉSUMÉ

Cette évaluation SLEAC a été menée dans le département de Keita, région de Tahoua au Niger dans le centre du pays. Ces régions se situent dans une zone agro-pastorale Sahélienne

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère se fait par le district sanitaire dans ses 16 CSI et au niveau de l'hôpital du district sanitaire de Keita, avec le support d'ACF-Espagne depuis juin 2011.

Deux SQUEAC ont été réalisées, une en mai 2012 et la deuxième en Février 2013 avec respectivement 21,4% (IC 95% : 15,1-29,4%) et 28,1% (IC 95% : 20,6% - 37,2%) de couverture actuelle.

Cette investigation avait pour objectif d'investiguer et de classer rapidement la couverture du district et des aires de santé qui le compose avec des renseignements en quantité limitée sur les barrières à l'accès aux services et à la participation.

Trois catégories de couverture ont été définies (voir tableau ci-dessous) en se basant sur les bornes inférieures et supérieures de l'intervalle de confiance de la dernière enquête SQUEAC (20% - 40%).

**Tableau 1: Classification de la couverture**

Couverture	Signification	valeur
Faible	Les barrières identifiées en 2013 toujours présentes et apparition de nouvelles barrières	Couverture < 20%
Moyenne	La situation identique à 2013, pas d'impact de la réforme du programme, barrières identifiées en 2013 toujours présentes	20% < couverture < 40%
Elevée	La réforme du programme a eu un impact sur les barrières (baisse nombre et/ou importance barrières)	40% < couverture

Les activités de recherche active ont permis d'identifier 127 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) pour le DS de Keita. Sur les 127 enfants identifiés seulement 25 étaient pris en charge à CRENAS au moment de l'enquête. Sur la base de ces données, **la couverture actuelle de Keita a été classifiée comme faible**.

L'estimation de la couverture pour le district de Keita est de **19,68 % (IC 95% : 16,11%- 23,26%)**.

Cette couverture faible est d'une part, le résultat de la faible capacité de rétention du programme ainsi 62% des enfants non couverts ont déjà admis dans le programme au moment de l'enquête :

- Déchargés guéris sans respect du protocole (notamment parce que non répondant).

- En situation de rechute
- Leur mère a abandonné car malade, occupée par les travaux ménagers ou pour cause d'absence d'intrants ou du personnel de santé.

Le dépistage systématique ne semble plus être réalisé au niveau des structures de santé ainsi 15% des mères avaient été dans une structure de santé dans les deux semaines précédant l'enquête mais n'ont pas reçus des traitements contre la diarrhée et les IRA.

De manière plus générale, la dégradation de la qualité de la prise en charge (rejet, interdiction faite aux mères de revenir au CSI dans les trois mois après la décharge même en cas de rechute, enfants maintenus au CRENAM alors que son état nécessite de le faire passer au CRENAS,...) explique la baisse constatée de la couverture.

Enfin, la partage de la ration explique pourquoi 10% des enfants enquêtés bien que dans les registres des CSI n'avaient pas de ration au moment de l'enquête. Le partage était fait avec les autres enfants de la famille.

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

**RECOMMANDATION 1:** La nécessité de renforcer la supervision des structures de santé et des relais communautaires en vue d'avoir un meilleur suivi des cas de MAS dans les structures de santé et au sein de la communauté

**RECOMMANDATION 2:** De développer une stratégie communautaire (implication des autorités locales et religieuses, des hommes,...) pour lutter contre le phénomène de partage plutôt que de sanctionner les mères (et leurs enfants en leur interdisant l'accès au CSI)

**RECOMMANDATION 3:** Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)

**RECOMMANDATION 4:** Le suivi des recommandations des précédentes SQUEAC



## OBJECTIFS

---

### OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif général était d'évaluer la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans le District de Keita au moyen d'une Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère
- Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans la zone d'intervention
- Evaluer la couverture de la zone cible
- Émettre des recommandations spécifiques pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
- Renforcer les capacités du personnel et des partenaires

## CONTEXTE

---

### CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Le département de Keita se situe dans la région de Tahoua au centre du Niger. La vallée de Keita a toujours représenté la frontière méridionale du désert du Sahara.

Ce département s'étend sur une superficie de 4.862 km<sup>2</sup>. Sa population est estimée à 323.794 habitants dont 20,7% sont des enfants de 6 à 59 mois (MSP, Secrétariat général, Direction des Statistiques – 2013). Sa densité est de 67 habitants au km<sup>2</sup> et Le taux d'accroissement de la population est de 2,4%.

Le département est caractérisé par un relief très accidenté, fait de plateaux, de versants abrupts et rocailloux, de versants ensablés, de glacis à faible pente et de vallées. Il est marqué par un réseau dense de cours d'eaux saisonniers appelés koris. Ce terrain rend les déplacements très difficiles : le réseau routier est minimal, peu de



véhicules circulent (sauf les jours de marché), et en saison des pluies, bon nombre de voies d'accès sont coupées par les koris.

Le département de Keita est subdivisé en trois communes rurales (Ibohamane, Garhanga et Tamaské) et une commune urbaine (Keita). Ces 4 communes sont composées de 298 villages administratifs, quartiers, hameaux et campements (RGP/H 2001)

*Carte 1: situation du département dans le pays*



*Carte 2: communes du département de Keita*



**Figure 1: Carte et situation du district de Keita**

Le climat du département est de type sahélien avec trois grandes saisons dans l'année : une saison sèche et froide de novembre à février avec des températures minimales généralement inférieures à 17°C ; une saison sèche et chaude de mars à mai, marquée par des fortes températures entre avril et mai pouvant atteindre jusqu'à 45°C et une saison pluvieuse allant de juin à octobre, avec des précipitations de courte durée mais d'intensité généralement forte (les pluies étant les plus abondantes en aout).

## DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'islam représente la principale religion pratiquée dans le département (environ 98% de la population). Les deux principales ethnies, qui sont aussi les langues parlées dans le département sont les Haoussa et Tamashek. Des villages Peulhs sont aussi dispersés sur le département. L'habitat est en grande majorité de type traditionnel, construit soit en banco (terre séchée), en banco-paillote ou paillote tout simplement.



La nourriture de base est le mil, mangé 2 à 3 fois par jour, préparé avec du lait le matin ou mangé avec une sauce le soir. A défaut de mil, le sorgho est aussi consommé. Le riz fait aussi partie de l'alimentation (plutôt consommé « en ville », comme 3ème repas le soir). L'alimentation des enfants se compose donc principalement de céréales, avec un peu de lait. Fruits et légumes (principalement tomates et mangues) sont de consommation occasionnelle, suivant les saisons et le pouvoir d'achat des familles. Il en va ainsi aussi pour la viande.

La période critique de l'année, sur le plan nutritionnel, va d'Avril à Juin et correspond à la fin des stocks des cultures de l'année précédente et l'installation de la nouvelle saison des pluies

L'exode est une source de revenus importante dans le département de Keita : les hommes émigrent de la fin de la saison des récoltes (septembre environ) jusqu'en mai vers les pays frontaliers (principalement Libye jusqu'à 2011, Nigéria, Cote d'Ivoire), et envoi de l'argent à leur famille. Les principales zones d'exode sont Wadaye, Gadamata, Loudou et Labanda, où les mères sont souvent les chefs de famille.

## SITUATION NUTRITIONNELLE

La situation nutritionnelle est préoccupante avec un taux de MAS de 2,2% (IC 95% : 1,5-3,3) et un taux de MAG de 14,7% (IC 95% : 12,7-16,9) au niveau régional selon les résultats de la SMART 2014.

## PCIMA DANS LA ZONE

Le département de Keita compte un hôpital de District dans la ville de Keita, 16 Centres de Santé Intégrés (CSI), et 55 cases de santé (CS) toutes officiellement fonctionnelles. Pourtant, les communautés doivent cotiser pour assurer l'achat des médicaments et donc le fonctionnement de ces CS. Il y a aussi quelques cliniques mobiles, appelées foraines et mises en œuvre à partir des CSI.

58% de la population vit dans un périmètre de 5km autour d'une structure de santé (ce qui équivaut à un taux de couverture de 58% sur la zone), 32,2% dans un périmètre de 6 à 15km et 9,8% de la population vit au-delà de 15kms d'une structure de santé.

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère se fait par le district sanitaire dans ses 16 CSI et au niveau de l'hôpital du district sanitaire de Keita, avec le support d'ACF-Espagne depuis juin 2011.

## RÉSULTATS DES DERNIÈRES EVALUATION DE LA COUVERTURE

Deux SQUEAC ont été réalisées, une en mai 2012 et la deuxième en Février 2013 avec respectivement 21,4% (IC 95% : 15,1-29,4%) et 28,1% (IC 95% : 20,6% - 37,2%) de couverture actuelle.

Les principales barrières au traitement identifiées étaient :

- Rupture d'intrants au niveau des CRENAS ;
- Problème d'accessibilité des CSI/CRENAS et manque de temps des mères pour venir au CSI/CRENAS;
- Manque de rigueur dans la mise en place des protocoles de prise en charge et de suivi des enfants malnutris (ce qui entraîne notamment que certains enfants admissibles sont rejetés au niveau des CSI) ;
- Non reconnaissance de la malnutrition et manque de sensibilisation sur ce problème des mères et autres personnes clés de la communauté (chefs de villages, matrones, tradi-praticien...).

Les recommandations portaient sur les points suivants:

- Améliorer la prise en charge et le suivi des enfants malnutris;
- Renforcer l'information et la sensibilisation sur le problème de la malnutrition et sa prise en charge ;
- Renforcer le dépistage des enfants malnutris;
- Améliorer l'accès au CRENAS.



# INVESTIGATION

## SLEAC

### RECHERCHE ACTIVE ET ADAPTATIVE DES CAS (RAAC)

La méthode active et adaptative a été utilisée pour trouver les cas de MAS couvert et non couvert. Avant, l’investigation une liste de mots pouvant être utilisés pour décrire l’état d’un enfant malnutri a été établi avec l’équipe programme (voir en annexe). Sur le terrain cette liste de mots, des images montrant des enfants malnutris et des ATPE/ASPE ont été utilisé pour trouver avec l’aide des informateurs clés les enfants MAS dans les villages.

Ont été considérés comme couverts les MAS dont les mères ont pu présenter au moins un sachet d’ATPE obtenu au CSI. Les cas MAS officiellement inscrit dans le programme mais dont les mères ont été dans l’incapacité de présenter des sachets de plumpynut au moment du passage de l’équipe ont été considérés comme non couverts pour pouvoir mettre en relief des barrières comme le partage ou la mauvaise utilisation des ATPE.

Le choix des villages s’est fait selon la méthode échantillonnage géographique stratifié et systématique.

Au total, 40 villages, quartiers et hameaux de culture ont été visités pendant l’enquête SLEAC.

Selon la méthodologie SLEAC, la formule suivante aurait dû être utilisée pour déterminer le nombre de village à enquêter :

$$n_{\text{villages}} = \left[ \frac{n}{\text{population moyenne par village}_{\text{tous les âges}} \times \frac{\text{pourcentage de la population}_{\text{6-59 mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100}} \right]$$

Avec :

n = 40

Proportion 6-59 mois = 20%

Population moyenne par village = 1 087

Prévalence MAS = 3,7%

Cela correspond à juste **5 villages**.

La méthodologie SLEAC recommande de faire l'évaluation sur plusieurs districts d'une même région pour pouvoir obtenir une taille d'échantillon supérieur à 93 et évaluer la couverture à l'échelle de la région.

Cette investigation ne se faisant que sur un seul district et pour obtenir une taille d'échantillon se rapprochant de ce chiffre, le nombre de villages à enquêter a été remonté à **40 villages** (nombre maximal de villages pouvant être touchés dans le temps imparti par les équipes disponibles (moyenne de deux villages par équipe et par jour).

127 cas de MAS ont été identifiés, parmi lesquels 25 étaient actuellement prise en charge dans le programme. Le Tableau 2 présente le détail des données de l'enquête par DS.

**Tableau 2: Résultat de la recherche active et adaptative**

Résultats	Keita
Nombre total de cas MAS trouvés	127
Cas MAS couverts	25
Cas MAS non couverts	102
Nombre total des cas en voie de guérison	20

## CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE (20% - 40%)

La technique de classification LQAS simplifiée produit une classification binaire ou à deux niveaux (couverture faible ou élevée). Cependant, cette méthode peut être élargie pour obtenir une classification plus fragmentée. Pour cette investigation SLEAC, une classification à trois niveaux a été jugée particulièrement utile pour classer le niveau de couverture des districts sanitaires. Ces informations pourront être incluses dans les éventuelles prochaines investigations SQUEAC.

Le Tableau 3 présente le schéma de classification à trois niveaux :

**Tableau 3: Schéma de classification à trois niveaux ; SLEAC Keita, Niger, 2014.**

0-20 % Couverture Faible	21-40% Couverture Modérée	41-100% Couverture Elevée

Le Tableau 4 présente les résultats de l'analyse des données de l'enquête SLEAC.



**Tableau 4: Résultats de la classification de la couverture ; SLEAC, District de Keita, Niger, 2014.**

KEITA	n	d1	d2	c	CLASSIFICATION
TOTAL	227	25	90	25	Faible

n : nombre de cas MAS trouvés

d<sub>1</sub> : règle de décision, limite supérieure de la catégorie à « couverture faible » (20%)

d<sub>2</sub> : règle de décision, limite inférieure de la catégorie à « couverture élevée » (40%)

c : nombre de cas MAS couverts

Si l'ensemble du district est classé comme ayant une couverture faible (moins de 20%).

## ESTIMATION DE LA COUVERTURE

La couverture estimée de la zone desservie est de 19,68%. Un intervalle de confiance à 95% peut être calculé pour la couverture estimée en utilisant la formule suivante :

$$IC\ 95\% = Couverture \pm 1,96 \times \sqrt{\sum \frac{w^2 \times \frac{c}{n} \times \left(1 - \frac{c}{n}\right)}{n}}$$

L'intervalle de confiance est (voir détail calcul dans le Tableau 5 :

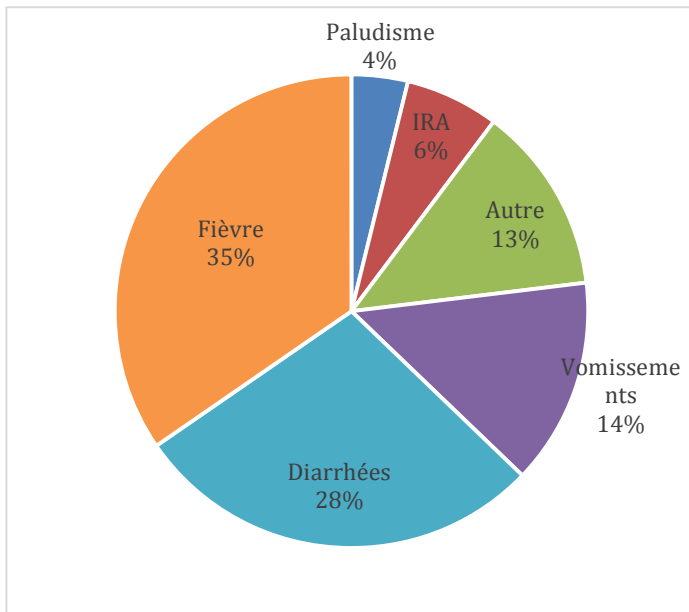
$$IC\ 95\% = 0,1968 \pm 1,96 \times \sqrt{0,000333} = [16,11\% - 23,26\%]$$

## BARRIÈRES À L'ACCÈS AU TRAITEMENT

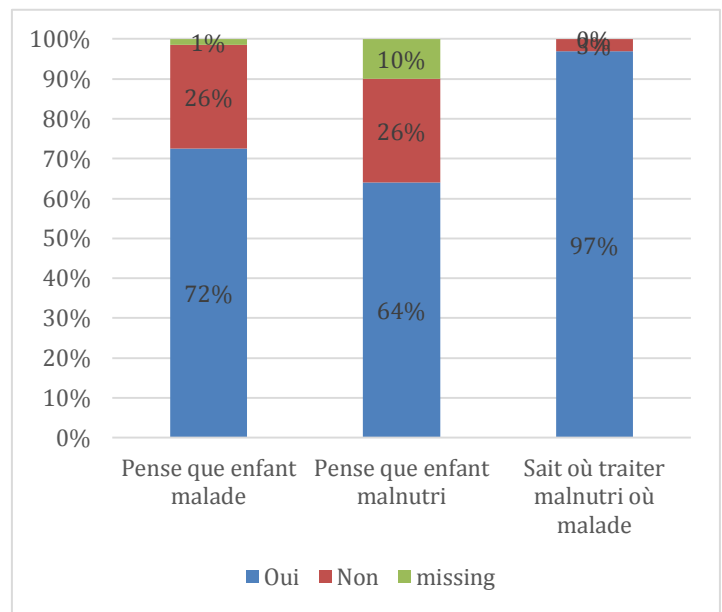
La compilation des données issues des questionnaires administrés aux accompagnantes des cas MAS non couverts apporte un éclairage sur les barrières à l'accessibilité au traitement.

Trois quart des mères de MAS non couverts ont déclaré que leur enfant était malade. Les trois principales maladies citées étaient par ordre d'importance la fièvre (35%), la diarrhée (28%) et les vomissements (14%) (Figure 4).

La malnutrition n'était jamais spontanément citée, cependant quand la question leur était posée 71% des femmes pensaient que leur enfant était également malnutri. La quasi-totalité de ces mères (91%) connaissent le service de prise en charge (Figure 3). La méconnaissance du programme est donc une barrière mineure dans le cas du DS de Keita.



**Figure 3: Principales maladies déclarées par les mères d'enfants MAS non couverts**



**Figure 2: Connaissance du programme et de la malnutrition**

La première barrière identifiée lors de cette investigation était la non-reconnaissance des signes de malnutrition ou de maladie par les mères. L'investigation SLEAC ne donne que des informations limitées sur les barrières. Des investigations qualitatives approfondies sont nécessaires pour comprendre toutes les dimensions de cette problématique. Ainsi les réponses à un certain nombre de questions doivent être trouvées : Est-ce que les mères sont conscientes de la maladie de leur enfant mais ont honte de le reconnaître? Quelles sont les critères utilisés par les mères pour déterminer si leur enfant est en bonne santé ou pas ? Quel est la réalité et l'impact du dépistage au niveau communautaire ou qu'est ce qui fait que ces enfants n'aient pas été référés par les relais ?

La deuxième barrière identifiée et la non-prise en charge de la malnutrition dans les CSI ainsi de nombreuses mères ont été dans les CSI pour recevoir un traitement contre la diarrhée la fièvre et d'autres pathologies infantiles. Au moment de l'investigation ces enfants étaient encore sous traitement (sirop, comprimés) mais ils n'avaient pas été intégrés dans le programme PECIMA d'après les déclarations des mères. Des investigations plus poussées doivent être réalisées pour vérifier si le dépistage passif est toujours réalisé dans les CSI. Des entretiens informels avec des agents de santé ont, de plus, mis en lumière une pratique pouvant aller dans le même sens, nuire à la couverture et expliquer que beaucoup de mères considèrent que leur enfant n'est pas malade ou ne doit pas recevoir de soin. Pour faire diminuer les taux de rechute, il est donné comme instruction aux mères de ne plus revenir au CSI dans les trois mois qui suivent une décharge et/ou que leur enfant ne sera plus intégré dans le programme PCEIMA car une rechute serait un signe de négligence de la part des mères (culpabilisation).



La troisième barrière à la participation (le rejet) entre en lien direct avec cette attitude du système de santé.

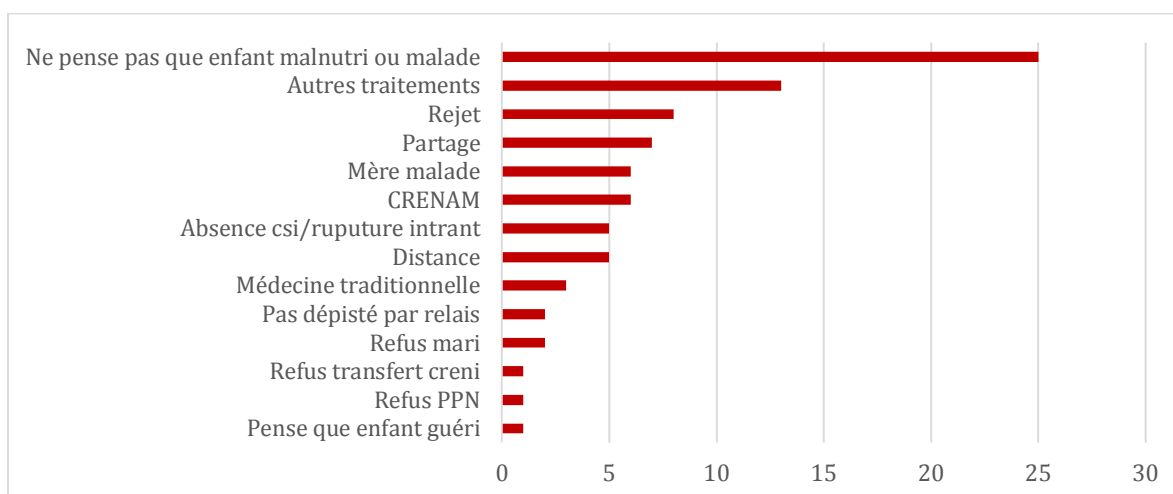
Le partage (quatrième barrière) pourrait expliquer les nombreux cas de rechutes et les non répondants qui ont poussé les agents de santé à rejeter ou à faire culpabiliser les mères (barrières 1 à 3). Pour mettre en relief cette barrière qui semble être la source des principales barrières à la couverture pour le district de Keita, ont été considéré comme non couvert tous les MAS officiellement inscrit dans le programme mais dont les mères ont été dans l'incapacité de présenter des sachets de plumpynut au moment du passage de l'équipe. L'utilisation réelle des ATPE nécessite des investigations plus poussées pour apporter la meilleure réponse (en évitant la culpabilisation ou la répression).

L'incapacité pour les mères de se rendre au CSI du fait de leur état de santé constitue la barrière suivante.

Vient ensuite, la qualité de la prise en charge : absence des agents de santé, les ruptures d'intrants, le non suivi des enfants dans le programme MAM (en cas de détérioration de leur état ils ne sont pas réorientés dans le programme MAS) qui se situent au même endroit généralement.

La préférence pour la médecine traditionnelle est également évoquée par quelque mère.

Les autres barrières sont plus anecdotiques (refus du mari, de l'ATPE par l'enfant,....)



**Figure 4: Principales barrières à l'accès et à la participation**

Il est à noter que plus de la moitié (63%) des cas non couverts au moment de l'investigation ont été a un moment ou un autre dans le programme. Il n'est plus dans le programme car déclaré déchargé-guéri (ce qui pose la question du respect des critères de sortie et celui du suivi communautaire après la décharge).



Au même niveau des raisons de non couverture pour les cas déjà admis dans le programme viennent les abandons (ce qui pose la question de la stratégie mise en place pour rechercher les abandons).

Le partage d'ATPE et les enfants inscrits dans le mauvais programme (MAM au lieu de MAS) remettent en question le suivi des MAS aussi bien au niveau communautaire que dans les structures de santé.

Enfin, la qualité de la prise en charge (absence des agents de santé, rejet, critère de sortie pas clairs, rupture intrant) explique la sortie du programme avant guérison totale.

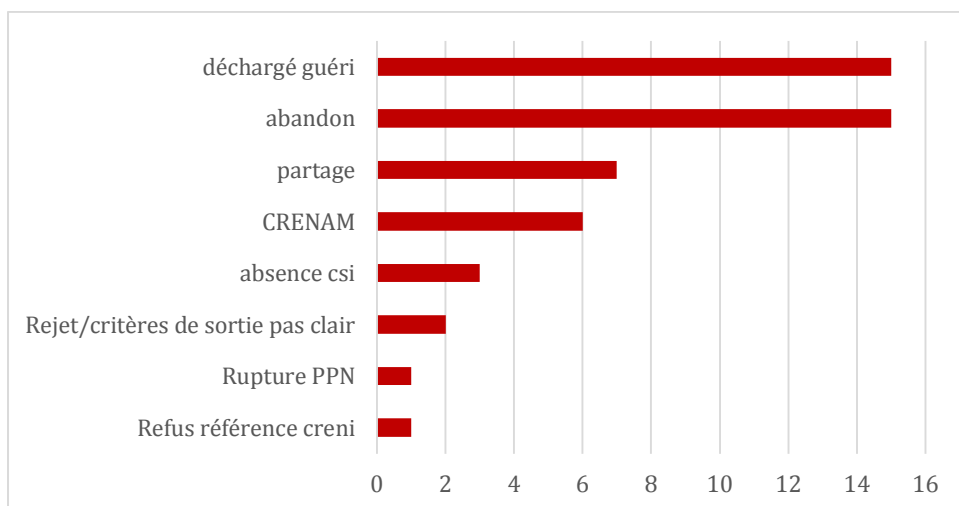


Figure 5: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme

## Discussion et recommandations

L'estimation de la couverture pour le district de Keita est de 19,68 % (IC 95% : 16,11%- 23,26%) et est classée comme faible selon la classification utilisée. .

Cette couverture faible est d'une part, le résultat de la faible capacité de rétention du programme : en effet la majorité des enfants non couverts ont déjà été admis dans le programme et d'autre part des écarts dans l'application du protocole aussi bien au sein des CSI (dépistages passif non réalisé, rejet, rupture intrants....) que dans la communauté (partage ration).

La méthodologie SLEAC donne des informations limitées sur les barrières (contrairement à l'investigation SQUEAC), les recommandations qui en découlent ne peuvent être que limitées.

Après près de 4 ans d'activités, les recommandations portent sur une réforme urgente du projet avec des supervisions plus étroites pour relever la qualité de la prise en charge et la mise en place d'une véritable stratégie de mobilisation communautaire en vue de relever la couverture et d'assurer la pérennité des activités.

Les recommandations sont résumées dans le plan d'action ci-dessous.



# PLAN D'ACTION

## RECOMMANDATION 1. Renforcer la qualité du service de la prise en charge

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/Activités	Délai
<p>Renforcer la qualité de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prise des mesures anthropométriques (PB, poids, taille);</li> <li>- la tenue et le remplissage de registres;</li> <li>- le renseignement des outils de gestion.</li> <li>- Les supervisions formatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lacunes dans la prise des mesures anthropométriques;</li> <li>- Absence d'analyses des données de routines</li> <li>- Ecart dans l'application du protocole (rejet, dépistage passif non effectué)</li> <li>- Insuffisance des informations données aux mères sur l'itinéraire thérapeutique (durée de traitement, utilisation des produits nutritionnels, ruptures d'intrants)</li> </ul>	<p>ACF, district, COGES, ASC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du tableau de bords sous le modèle SQUEAC lors de réunion trimestrielle avec le district et tous les CSI</li> <li>- Cahier pour le suivi des activités des superviseurs</li> <li>- Planning clair des activités de supervisions avec objectif clairs par superviseurs et adaptés aux performances des CSI</li> <li>- Exercice pratiques pour la standardisation des mesures anthropométriques</li> <li>- Mise en place d'un recyclage sur le terrain des agents de santé et formation des stagiaires sur l'application du protocole</li> <li>- Petite étude sur les cas de rechute et le partage d'ATPE et mise en place d'un système de suivi</li> <li>- Chaque CSI dispose d'un calendrier trimestriel de la sensibilisation</li> <li>- Calendrier de supervision des activités communautaire par les superviseurs ACF établit.</li> </ul>	<p>Semestre 1 2015</p>

**RECOMMANDATION 2.** De développer une stratégie de mobilisation communautaire (implication des autorités locales et religieuses, des hommes,...) pour lutter contre le phénomène de partage plutôt que de sanctionner les mères (et leurs enfants en leur interdisant l'accès au CSI), améliorer le suivi au niveau communautaire et assurer la pérennité avec une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/activités	Délai
Cartographier tous les personnages clés dans chaque Aire de santé, notamment: les chefs coutumiers (CC), autorités religieuses (AR), marabouts (M), guérisseurs traditionnels (GT), accoucheuses traditionnelles (AT), Wanzam (coiffeur traditionnel), enseignants/maitres communautaires (E), organisations et association communautaires de base (OCB), groupes de soutien ANJE et/ou autres intervenants influents.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i></li> <li>- <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i></li> <li>- <i>Stigmatisation;</i></li> <li>- <i>Dépistage, référencement, suivi et sensibilisation non-systématiques et irréguliers.</i></li> </ul>	DS, ACF  Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cartographie exhaustive de tous les personnages clés dans chaque Aire de santé du DS et des sphères d'influences et des implications éventuelles dans la Stratégie de mobilisation communautaire pour la PECIMA</i></li> <li>- <i>Mener des investigations qualitatives pour approfondir les connaissances des barrières d'accès aux soins identifiées pendant les différentes enquêtes</i></li> </ul>	Semestre 1 2015

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/activités	Délai
Organiser les réunions de sensibilisation avec les chefs coutumiers (CC) dans chaque Aire de santé, plaider, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux (avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i></li> <li>- <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i></li> <li>- <i>Stigmatisation.</i></li> </ul>	Mairie, chef de village, chef de canton, ACF, district	Réunions de sensibilisation avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	Semestre 1 2015
Organiser les échanges d'expériences avec les chefs coutumiers (CC) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	<i>Idem.</i>	Mairie, chef de village, chef de canton ACF, district	Echanges d'expériences avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	Semestre 2 2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les autorités religieuses (AR) dans chaque Aire de santé, plaider, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois (avec	<i>Idem.</i>	Mairie, préfecture, chef religieux et association islamique, ACF, district	Réunions de sensibilisation avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	Semestre 1 2015

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/activités	Délai
un accent particulier sur la sensibilisation des hommes).				
Organiser les échanges d'expériences avec les autorités religieuses (AR) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	<i>Idem.</i>	Mairie, préfecture, chef religieux et association islamique, ACF, district, COGES	Echanges d'expériences avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	Semestre 2 2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les guérisseurs traditionnels (GT), accoucheuses traditionnelles (AT) et marabouts (M) dans chaque Aire de santé, plaider, entre autres, pour leur participation active dans le référencement des enfants malnutris lors des visites chez eux et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à leur niveau.	<i>Idem.</i>	District, ACF, COGES, association guérisseur ??? si existe	Réunions de sensibilisation avec GT, AT et M planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	Semestre 1 2015
Doter chaque guérisseur traditionnel (GT), accoucheuse traditionnelle (AT) et marabout (M)	<i>Idem.</i>	District, ACF, COGES, association guérisseur ??? si existe	Chaque GT, AT et M dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de	Semestre 1 2015

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/activités	Délai
d'un MUAC, mères d'enfants guéris, jetons de référencement et brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de les motiver d'assister au référencement des enfants malnutris.			sensibilisation.	
Organiser les échanges d'expériences avec les guérisseurs traditionnels (GT), accoucheuses traditionnelles (AT) et marabouts (M) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	<i>Idem.</i>	District, ACF, COGES, association guérisseur ??? si existe	Echanges d'expériences avec GT, AT et M planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	Semestre 2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les enseignants/ maitres communautaires (E), organisations communautaires de base (OCB) et autres personnes influentes dans chaque Aire de santé, plaidoyant, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux	<i>Idem.</i>	Mairie, chef de village, association villageoise, enseignant, district, COGES, ACF	Réunions de sensibilisation avec E, OCB et autres personnes influentes planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	Semestre 1 2015

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance/activités	Délai
au moins une fois par mois.				
Organiser les échanges d'expériences avec les enseignants/ maitres communautaires (E), organisations communautaires de base (OCB) et autres personnes influentes afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	<i>Idem.</i>	Mairie, chef de village, association villageoise, enseignant, district, COGES, ACF	Echanges d'expériences avec E, OCB et autres personnes influentes planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux etc.)	Semestre 2 2015

**RECOMMANDATION 3.** Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Redéfinir une base des données permettant le suivi du déroulement des activités communautaires planifiées (i.e. sensibilisation, dépistage) détaillant, entre autres, le suivant :  - <i>Date</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i></li> <li>- <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i></li> </ul>	ACF, district, COGES	Base des données développée et mise en place.	1	Semestre 1 2015

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Localité</i></li> <li>- <i>Noms des personnes responsables</i></li> <li>- <i>Nom du superviseur</i></li> <li>- <i>Nombre des F/H/E sensibilisés/dépistés</i></li> <li>- <i>Remarques générales et/ou questions particulières soulevées</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Stigmatisation;</i></li> <li>- <i>Dépistage, référencement, suivi et sensibilisation non-systématique et irrégulière.</i></li> </ul>				
Organiser les réunions de planification mensuelles afin de suivre et évaluer la réalisation des activités communautaires (i.e. sensibilisation, dépistage)	Idem.	ACF, district, COGES	<p>Les activités communautaires sont témoignées par l'un des suivants :</p> <p>Autorités locales et religieuses, communauté COGES/COSAN</p> <p>et dûment documentées dans la base des données.</p>	min. 75%	Semestre 1 2015
Informer les personnes impliquées sur leurs responsabilités de supervision au moins une semaine d'avance.	Idem.	ACF, district, COGES	Toutes les personnes impliquées sont dûment informées et confirment leur disponibilité.	100%	Semestre 1 2015
Chaque visite de terrain est accompagnée par une courte visite	Idem.	ACF, district, COGES, relais, chef de village,	Chaque visite auprès les personnes influentes est	100%	Semestre 1 2015



Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Décal
auprès les personnes influentes afin d'encourager un dialogue constant avec les communautés hôtes et de permettre aux partenaires de réagir ponctuellement aux défis éventuels.		personne clés, association dans le village	dûment documentées dans la base des données, y compris leurs remarques clés.		
Veiller à la vérification des registres d'admissions par les RCS et les communications respectives aux accompagnants des enfants abandons.	Faible implication des RCS dans les activités du service PCIMA.	ACF, district relais	Les registres d'admissions et les communications respectives aux accompagnants des enfants abandons sont contre vérifiés hebdomadairement et les retours suivis et documentés.	100%	À partir de 01/2015
Veiller à la vérification de retour des enfants abandons au traitement et interroger leurs accompagnants sur les raisons d'abandon, si l'opportunité se présente.					

# WORKS CITED

---

1. Myatt M, Guevarra E, Fieschi L, Norris A, Guerrero S, Schofield L, et al. Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)/l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC) Washington D.C.: FHI360/Fanta; 2012.

## ANNEXES

Listes des participants :

Prenom	Nom	Poste	Organisation	Sexe
Abdoul-Karime	Gaoh Abdoul-Karime	superviseur	Action Against Hunger	Male
Jean	Youhama Djahadi Illiassou	superviseur	Action Against Hunger	Male
Garba	Garba Kio Bachir	superviseur	Action Against Hunger	Male
Boureïma	Namata	superviseur	Action Against Hunger	Male
Abdoulmoutalib	Equiya	superviseur	Action Against Hunger	Male
Issa	Akadi Mahamau Sadissou	superviseur	Action Against Hunger	Male
Abdoul Kader	Sahamine	superviseur	Action Against Hunger	Male
Aboubacar	Issoufou Abdoul Nassirou	superviseur	Action Against Hunger	Male
Manou	Marou	superviseur	Action Against Hunger	Male
Yahaya	Ari	superviseur	Action Against Hunger	Male
Hassane	Allahi	superviseur	Action Against Hunger	Male
Moussa	Baki	superviseur	Action Against Hunger	Male
Adamou	Kané Yahaya	superviseur	Action Against Hunger	Male
Abdou	Ambouka	superviseur	Action Against Hunger	Male
Guéro	Tankari	superviseur	Action Against Hunger	Male
Ibrahim	Assaleck	superviseur	Action Against Hunger	Male
Moussa	Abdourhamane	superviseur	Action Against Hunger	Male
Boubacar	Kondo	Chef de projet	Action Against Hunger	Male
Mamane Bachir	Laoual	superviseur	Action Against Hunger	Male
Mme Habsou	Boubé	Enquêteur	Action Against Hunger	Female
Omar	Farouk	superviseur	Action Against Hunger	Male