

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 Mayahi, Région de Maradi, Niger

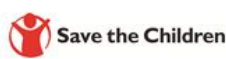
Décembre 2014

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 Mayahi: 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 | 9 |
| PCIMA DANS LA ZONE | 10 |
| RÉSULTATS DES DERNIÈRES EVALUATION DE LA COUVERTURE | 10 |
| INVESTIGATION | 11 |
| SLEAC | 11 |
| RECHERCHE ACTIVE ET ADAPTATIVE DES CAS (RAAC) | 11 |
| CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE (20% - 40%) | 12 |
| ESTIMATION DE LA COUVERTURE | 13 |
| BARRIÈRES À L'ACCÈS AU TRAITEMENT | 13 |
| PLAN D'ACTION | 17 |
| ANNEXES | 26 |

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 Mayahi.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Figure 3: Connaissance du programme et de la malnutrition.....</i> | <i>14</i> |
| <i>Figure 4: Principales maladies déclarées par les meres d'enfants MAS non couverts.....</i> | <i>14</i> |
| <i>Figure 5: Principales barrières à l'accès et à la participation.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Figure 6: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme.....</i> | <i>16</i> |

TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| <i>Tableau 1: Classification de la couverture.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Tableau 2: Résultat de la recherche active et adaptative.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Tableau 3: Schéma de classification à trois niveaux ; SLEAC Mayahi, Niger, 2014.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Tableau 4: Résultats de la classification de la couverture ; SLEAC, District de Mayahi, Niger, 2014.....</i> | <i>13</i> |

ANNEXES



RÉSUMÉ

Cette évaluation SLEAC a été menée dans le département de Mayahi, région de Maradi 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 25 CSI et au niveau de l'hôpital du district sanitaire de Mayahi, avec le support d'ACF-Espagne depuis 2005.

Une enquête SQUEAC a été réalisée en Février 2013 avec 31,4% (IC 95% : 25,4% - 38,4) 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 68 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) pour le DS de Mayahi. Sur les 68 enfants identifiés seulement 10 étaient pris en charge à CRENAS au moment de l'enquête. Sur la base de ces données, **la couverture actuelle de Mayahi a été classifiée comme faible.**

Cette couverture faible est d'une part, le résultat de la faible capacité de rétention du programme ainsi 52% des enfants non couverts ont déjà admis dans le programme et été au moment de l'enquête :

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

En situation de rechute

Dans le mauvais programme (CRENAM).

Le dépistage systématique ne semblent plus être réalisée au niveau des structures de santé ainsi 22% des mères avaient été dans une structure de santé dans les deux semaines précédant l'enquête mais non reçus des traitements que 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 maintenu au CRENAM alors que son état nécessite de le faire passer au CRENAS,...) explique la baisse constatée de la couverture.

Les recommandations portent sur :

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 Mayahi 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 Mayahi se situe dans la région de Maradi au centre du Niger. La vallée de Mayahi a toujours Le Département de Mayahi est situé au centre nord de la région de Maradi, dans la partie Est du Niger.

Mayahi avec une superficie estimée à 6 500 Km² compte deux cantons celui de Mayahi et Kanembakaché, et enregistre un total de 347 villages administratifs avec 21 tribus répartis dans 8 communes. Le département présente un climat de type sahélo soudanien avec une longue saison sèche d'octobre à mai et une courte saison pluvieuse qui commence en juin et fini en septembre. Sa population est estimée à 564 239 habitants dont 23,3% sont des enfants de 6 à 59 mois (131 593 enfants) (INS3, 2012).

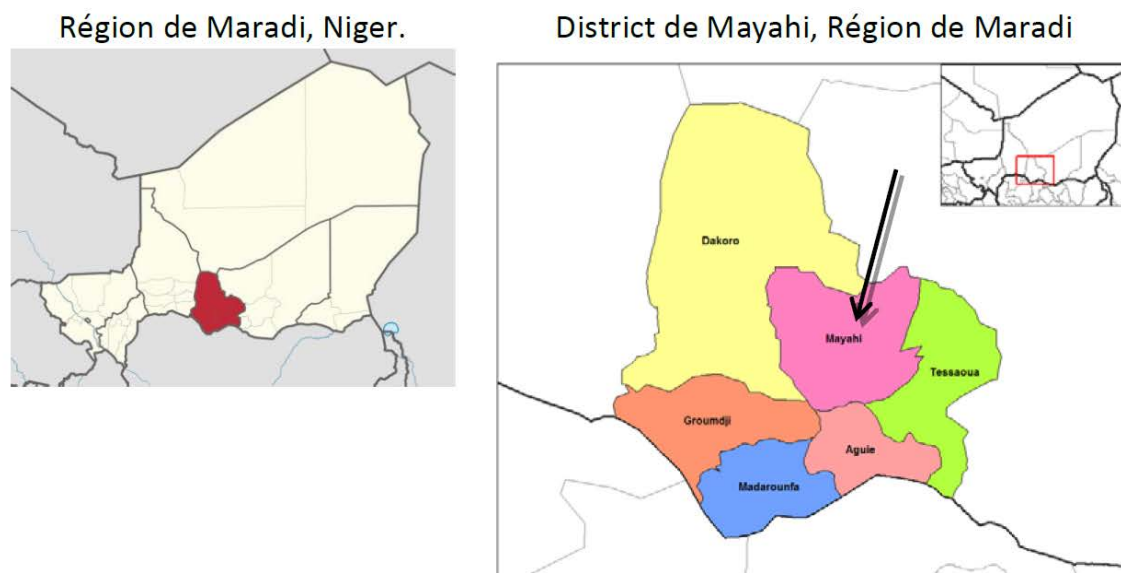


Figure 1: Carte et situation du district de Mayahi

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Mayahi se situe dans une zone agricole à production dominante de mil et sorgho. Les rendements sont étroitement conditionnés à la fertilité des sols et aux précipitations, lesquelles oscillent entre 400 mm et 600 mm par an. Les plus vulnérables sont très dépendants du travail extra agricole. Pendant les périodes de soudures, les hommes partent chercher du travail en ville ou à l'étranger, principalement vers le Nigeria et la Lybie, pays frontalier. Les ménages les plus vulnérables sont particulièrement sensibles aux fluctuations des prix au cours de l'année. La population de Mayahi est entièrement sédentaire mais après les récoltes et quand l'eau commence à être rare, les nomades touarègues et même peulh bororo parfois descendent au Sud quand les marres et autres retenues d'eau tarissent. Ils viennent des départements de Dakoro, Tanout et Agadez.

SITUATION NUTRITIONELLE

La situation nutritionnelle est critique avec un taux de MAS de 3,4% (IC 95% : 2,3-5,1) et un taux de MAG de 15,7% (IC 95% : 14,1-17,5) au niveau régional selon la SMART 2014.



PCIMA DANS LA ZONE

Le District Sanitaire de Mayahi compte un hôpital de District dans la ville de Mayahi, 25 Centres de Santé Intégrés (CSI), et 76 cases de santé (CS) toutes officiellement fonctionnelles.

En 2012, 33,1% de la population vit dans un périmètre de 5km autour d'une CSI, 62,8% dans un périmètre de 6 à 15km et 4,1% de la population vit au-delà de 15kms d'une CSI.

La malnutrition aigüe est prise en charge dans le CSI du district depuis plusieurs années. La prise en charge de la malnutrition s'effectue dans les structures suivantes :

- Un CRENI (avec 45 lits) pour la prise en charge des enfants malnutris sévères avec complication au niveau de l'hôpital de district de Mayahi. La gratuité des soins au CRENI existe depuis 2006 (période à laquelle l'Etat l'a instituée). Et l'Etat prend en charge l'alimentation des malades à travers les crédits délégués.
- 25 CRENAS pour la prise en charge des enfants malnutris sévères sans complication au niveau des 25 CSI du District. Les admissions se font tous les jours de la semaine, et les visites de suivi 1 jour par semaine selon le village (tous les jours par semaine il y a des visites de suivi mais chaque jour a des villages assignés)
- 25 CRENAM dans les 25 CSI aussi. La prise en charge de la MAM se fait grâce à un financement du PAM.

Le DS est responsable de la gestion des intrants pour les CRENAS, CRENAM et CRENI : les CSI doivent leur faire leurs commandes en fonction de leur besoins, la DS les compile pour faire une commande globale auprès des partenaires (UNICEF, PAM).

ACF-Espagne appuie le DS pour la prise en charge des enfants malnutris aigus.

RÉSULTATS DES DERNIÈRES EVALUATION DE LA COUVERTURE

Une enquête SQUEAC a été réalisée en Février 2013 avec 31,4% (IC 95% : 25,4% - 38,4) de couverture actuelle.

Les principales barrières au traitement identifiées étaient :

- Rejet des enfants au niveau de certaines CSI
- Rupture d'intrants au niveau des CRENAS
- Problèmes liés à l'offre du service sanitaire (comportement négatif du personnel sanitaire, mauvais accueil, absence de l'AS, insuffisances de la communication inter personnelle lors de la PEC)
- Problèmes liés à la qualité de la PEC dans les CRENAS (préférence P/T comme critère d'admission et sortie, etc.)
- Occupations des mères (maladie de la mère, manque de temps parce qu'elle a d'autres enfants, travaux champêtres, participation aux cérémonies etc

Les recommandations portaient sur les points suivants:

- Améliorer la qualité de la prise en charge et le suivi des enfants malnutris
- Améliorer l'accueil, la communication et les soins des bénéficiaires dans les CSI
- Améliorer le suivi des enfants référés par les relais communautaires
- Améliorer la gestion des stocks et diminutions des ruptures de stock
- Allègement de l'occupation des mères
- Renforcer le dépistage

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 :



$$n_{\text{villages}} = \left[\frac{n}{\text{population moyenne par village}_{\text{tous les \u00e2ges}} \times \frac{\text{pourcentage de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{pr\u00e9valence MAS}}{100}} \right]$$

Avec :

n = 40

Proportion 6-59 mois = 23,3%

Population moyenne par village = 1 626

Pr\u00e9valence MAS = 3,4%

Cela correspond \u00e0 juste **4 villages**.

La m\u00e9thodologie SLEAC recommande de faire l\u2019\u00e9valuation sur plusieurs districts d\u2019une m\u00eame r\u00e9gion pour pouvoir obtenir une taille d\u2019\u00e9chantillon sup\u00e9rieur \u00e0 93 et \u00e9valuer la couverture \u00e0 l\u2019\u00e9chelle de la r\u00e9gion.

Cette investigation ne se faisant que sur un seul district et pour obtenir une taille d\u2019\u00e9chantillon se rapprochant de ce chiffre, le nombre de villages \u00e0 enqu\u00eater a \u00e9t\u00e9 remont\u00e9 \u00e0 **40 villages** (nombre maximal de villages pouvant \u00eatre touch\u00e9s dans le temps imparti par les \u00e9quipes disponibles (moyenne de deux villages par \u00e9quipe et par jour).

68 cas de MAS ont \u00e9t\u00e9 identifi\u00e9s, parmi lesquels 10 \u00e9taient actuellement prise en charge dans le programme. Le Tableau 2 pr\u00e9sente le d\u00e9tail des donn\u00e9es de l\u2019enqu\u00eate par DS.

Tableau 2: R\u00e9sultat de la recherche active et adaptative

| R\u00e9sultats | Mayahi |
|---|--------|
| Nombre total de cas MAS trouv\u00e9s | 68 |
| Cas MAS couverts | 10 |
| Cas MAS non couverts | 58 |
| Nombre total des cas en voie de gu\u00e9rison | 4 |

CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE (20% - 40%)

La technique de classification LQAS simplifi\u00e9e produit une classification binaire ou \u00e0 deux niveaux (couverture faible ou \u00e9lev\u00e9e). Cependant, cette m\u00e9thode peut \u00eatre \u00e9largie pour obtenir une classification plus fragment\u00e9e. Pour cette investigation SLEAC, une classification \u00e0 trois niveaux a \u00e9t\u00e9 jug\u00e9e particuli\u00e8rement utile pour classifier le niveau de couverture des districts sanitaires. Ces informations pourront \u00eatre incluses dans les \u00e9ventuelles prochaines investigations SQUEAC.

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

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

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

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 Mayahi, Niger, 2014.

| DISTRICT | n | d1 | d2 | c | CLASSIFICATION |
|----------|----|----|----|----|----------------|
| MAYAHI | 68 | 13 | 27 | 10 | Faible |

n : nombre de cas MAS trouvés

d₁ : règle de décision, limite supérieure de la catégorie à « couverture faible » (20%)

d₂ : règle de décision, limite inférieure de la catégorie à « couverture élevée » (40%)

c : nombre de cas MAS couverts

ESTIMATION DE LA COUVERTURE

La méthodologie n'est pas adaptée pour l'estimation de la couverture au niveau d'un district mais plutôt au niveau régional ou national.

La couverture estimée pour le district n'a pu être réalisée faute d'avoir atteint un échantillon suffisant (recommandation 96 contre 68 MAS trouvés).

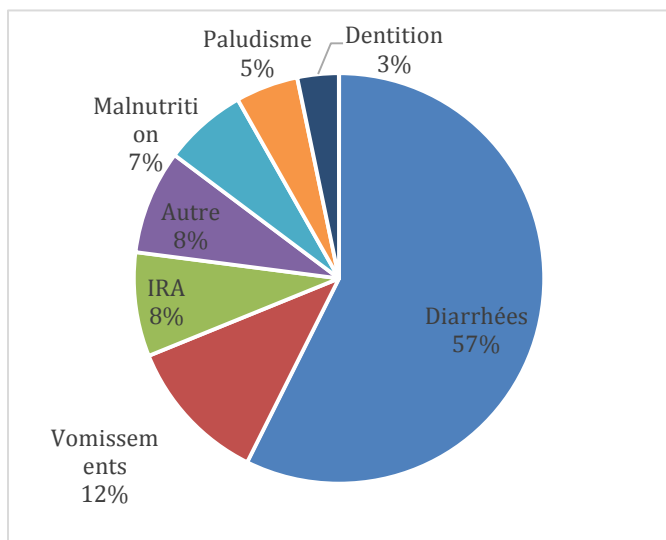
BARRIÈRES À L'ACCÈS AU TRAITEMENT

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.

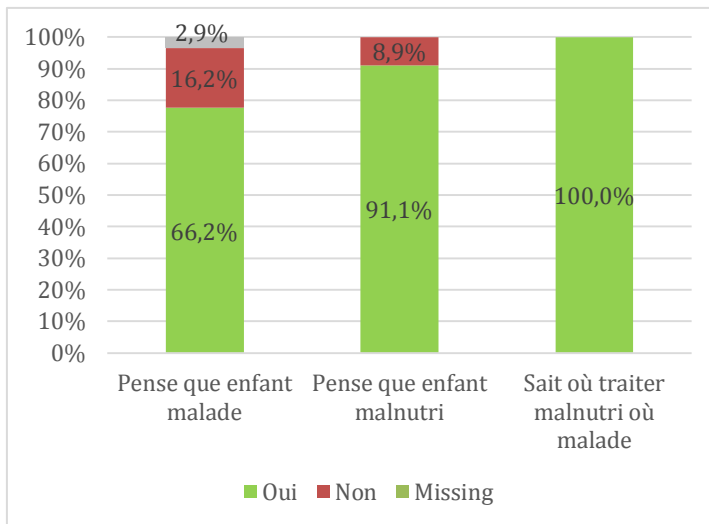
Trois quart des mères de MAS non couverts ont déclaré que leur enfant était malade. Les trois principales maladies citées étaient par ordre d'importance la diarrhée (57%), les vomissements (12%) et les IRA (Figure 4).

La malnutrition était spontanément citée par 7% des femmes. Lorsque la question leur était posée la quasi-totalité des femmes (91,1%) pensaient que leur enfant était également malnutri. Toutes les femmes connaissent le service de prise en charge (Figure 3). La méconnaissance du programme est donc une barrière mineure dans le cas du DS de Mayahi.





La première 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

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

Figure 2: Connaissance du programme et de la malnutrition

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 deuxième barrière identifiée lors de cette investigation était la non-reconnaissance des signes de malnutrition ou de maladie par les mères. Ce qui est en contradiction avec les déclarations concernant leur connaissance du service de prise en charge. 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'ont pas été référés par les relais ?

Les barrières suivantes sont par ordre d'importance : l'occupation des mères, la distance (qui doivent être liés) et le rejet ou peur du rejet (lié notamment au refus de prendre en charge les cas de rechute).

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

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, refus de l'ATPE par l'enfant,....)

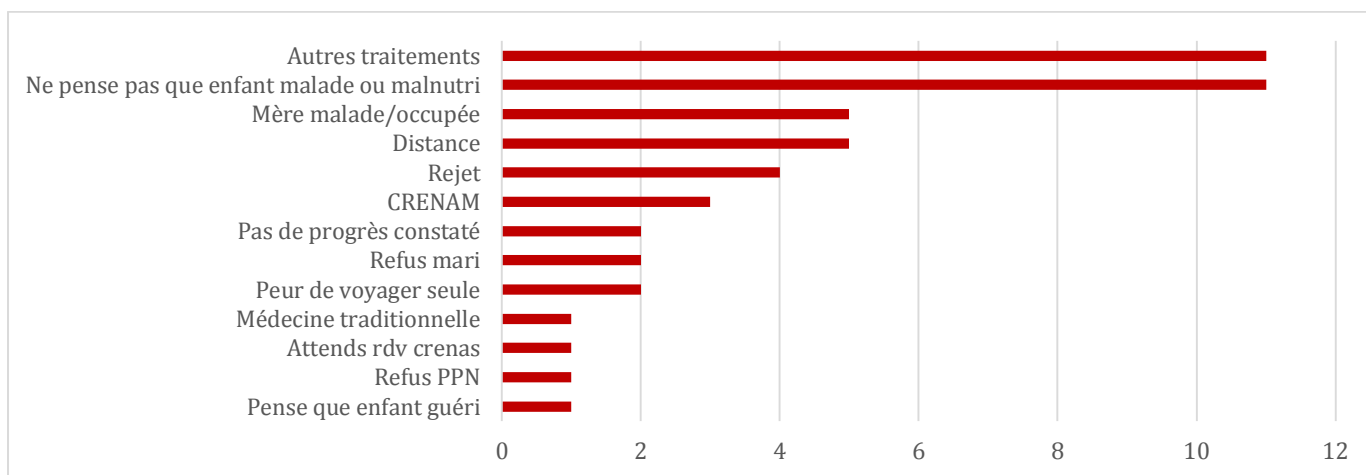


Figure 4: Principales barrières à l'accès et à la participation

Il est à noter que plus de la moitié (52%) des cas non couverts au moment de l'investigation ont été à 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.



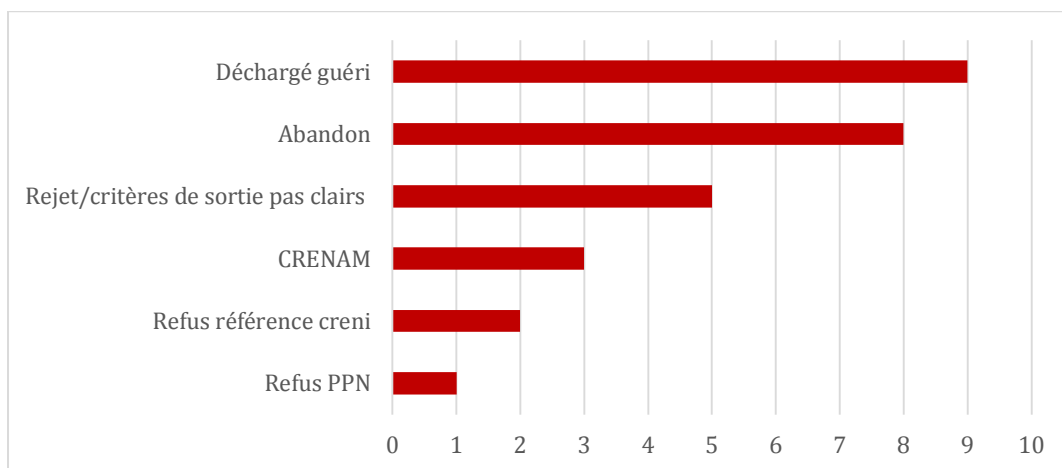


Figure 5: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme

Discussion et recommandations

L'estimation de la couverture pour le district de Mayahi est classée comme faible selon la classification utilisée. Cependant 4 CSI ont une couverture classée comme modérée sur les 24 CSI du district.

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 9 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"> - la prise des mesures anthropométriques (PB, poids, taille); - la tenue et le remplissage de registres; - le renseignement des outils de gestion. - Les supervisions formatives | <ul style="list-style-type: none"> - Lacunes dans la prise des mesures anthropométriques; - Absence d'analyses des données de routines - Ecart dans l'application du protocole (rejet, dépistage passif non effectué) - Insuffisance des informations données aux mères sur l'itinéraire thérapeutique (durée de traitement, utilisation des produits nutritionnels, ruptures d'intrants) | <p>ACF, district, COGES, ASC</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du tableau de bords sous le modèle SQUEAC lors de réunion trimestrielle avec le district et tous les CSI - Cahier pour le suivi des activités des superviseurs - Planning clair des activités de supervisions avec objectif clairs par superviseurs et adaptés aux performances des CSI - Exercice pratiques pour la standardisation des mesures anthropométriques - Mise en place d'un recyclage sur le terrain des agents de santé et formation des stagiaires sur l'application du protocole - Petite étude sur les cas de rechute et le partage d'ATPE et mise en place d'un système de suivi - Chaque CSI dispose d'un calendrier trimestriel de la sensibilisation - Calendrier de supervision des activités communautaire par les superviseurs ACF établit. | <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"> - <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i> - <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i> - <i>Stigmatisation;</i> - <i>Dépistage, référencement, suivi et sensibilisation non-systématiques et irréguliers.</i> | DS, ACF Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires. | <ul style="list-style-type: none"> - <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> - <i>Mener des investigations qualitatives pour approfondir les connaissances des barrières d'accès aux soins identifiées pendant les différentes enquêtes</i> | 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"> - <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i> - <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i> - <i>Stigmatisation.</i> | 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 |
|---|---|----------------------|---|-------|-----------------|
| Développer et mettre en place 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"> - <i>Méconnaissance de la malnutrition (termes locaux, symptômes, causes, effets);</i> - <i>Recours de première intention au traitement traditionnel et/ou automédication;</i> | 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"> - <i>Localité</i> - <i>Noms des personnes responsables</i> - <i>Nom du superviseur</i> - <i>Nombre des F/H/E sensibilisés/dépistés</i> - <i>Remarques générales et/ou questions particulières soulevées</i> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Stigmatisation;</i> - <i>Dépistage, référencement, suivi et sensibilisation non-systématique et irrégulière.</i> | | | | |
| 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> | | Semestre 1 2015 |
| Informar 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. | | Semestre 1 2015 |

| Objectif | Justification | Responsable | Indicateur de performance | Cible | Délai |
|--|---|---|--|-------|---------------------|
| Chaque visite de terrain est accompagnée par une courte visite 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. | Idem. | ACF, district, COGES, relais, chef de village, personne clés, association dans le village | Chaque visite auprès les personnes influentes est dûment documentées dans la base des données, y compris leurs remarques clés. | 100% | Semestre 1 2015 |
| 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 |
|--------------|--------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Haoua | Issoufou | superviseur | Action Against Hunger | Female |
| Abdoul-Kader | Djibir | superviseur | Action Against Hunger | Male |
| Souley | Ila | Enquêteur | Action Against Hunger | Male |
| Alhassane | Oumarou | superviseur | Action Against Hunger | Male |
| Adamou | Moussa | superviseur | Action Against Hunger | Male |
| Issa | Rabiou | Enquêteur | Action Against Hunger | Male |
| Moustapha | Rabiou Abdou | Enquêteur | Action Against Hunger | Male |
| Harou | Lassan | superviseur | Action Against Hunger | Male |
| Francois | Morisho | coordinateur technique | Action Against Hunger | Male |