



**SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS AND
COVERAGE (SQUEAC)**
ZONE DE SANTÉ DE SHABUNDA
SUD-KIVU, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Octobre 2013

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	- 2 -
1 INTRODUCTION	5
2 OBJECTIFS du SQUEAC.....	7
3 METHODOLOGIE SQUEAC	7
4 RESULTATS.....	10
4.1 ETAPE 1: IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE ET DES BARRIERES A L'ACCESSIBILITE	10
4.1.1 ANALYSE DES DONNEES QUANTITAVES	10
4.1.2 L'ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES	17
4.2 ETAPE 2: CONFIRMATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE ET ELEVEE AINSI QUE DES RAISONS EXPLIQUANT UNE COUVERTURE BASSE IDENTIFIEES A L'ETAPE 1 – CONFIRMATION D'HYPOTHESES.....	18
5 CONCLUSION	21
6 RECOMMANDATIONS.....	22
LES ANNEXES	23
Annexe 1 : Carte sanitaire de la ZS de Shabunda	23
Annexe 2: Liste des participants à l'atelier SQUEAC	24
Annexe 3 : Guide de l'interview.....	25
Annexe 4 : Chronogramme de l'enquête	36
Annexe 5 : Terminologie et liste des informateurs clé.....	37
Annexe 6 : Sources d'informations	37
Annexe 7 : BBQ	38
Annexe 8 : Schéma conceptuel.....	40

REMERCIEMENTS

Dans le Cadre de l'évaluation de la couverture et accessibilité du programme PCIMA mis en œuvre dans la zone de santé de Shabunda de janvier en Septembre 2013 avec le financement du Pooled Fund, nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette évaluation pour leur collaboration, participation active et implication de loin ou de près, il s'agit des :

- Autorités tant sanitaires que politico-administratives et en particulier l'équipe cadre de la zone de santé de Shabunda pour leur forte implication afin du bon déroulement de cette enquête avec succès ;
- Partenaires du Gouvernement en matière de la nutrition par leur appui technique et financier sans lesquels cette activité ne serait réalisée ;
- Participants à l'enquête par leur dévouement et intérêt à cette activité afin des résultats fiables, crédibles et utiles constituant ainsi un document de plaidoyer pour toute personne qui lira ce rapport ;
- Prestataires des différentes formations sanitaires visitées et relais communautaires des aires de santé ainsi que la communauté (mères des enfants cibles, accompagnants, leaders communautaires et autres informateurs clés sur la situation nutritionnelle des enfants) de la ZS Shabunda pour leur collaboration tout au long du déroulement de l'investigation lors de la récolte des données et recherche active des cas MAS ;
- L'équipe complète pour leur niveau de responsabilité élevé et leur coopération pendant les différentes étapes l'investigation.

Merci également à toute l'équipe SCI Kinshasa, Mbuji mayi, Nord et Sud Kivu pour leur disponibilité combien active, constructive et enthousiaste tout au long de l'évaluation et qui ont durant 15 jours partagé leurs connaissances avec tous les participants à cette évaluation.

Nos remerciements s'adressent tout spécialement aux Field Managers du Sud Kivu, du Kasai Oriental et du Petit Nord Kivu pour leur forte implication dans l'enquête SQUEAC manifestée par leur accompagnement proche de l'équipe à travers un suivi régulier du déroulement des activités sur terrain et la restitution des résultats de l'enquête.

Nous sommes redevables au Directeur de Programmes pour son accompagnement technique sur la réalisation de l'enquête.

Que tous ceux de près ou de loin qui ont pris part à cette investigation, trouvent ici notre expression de gratitude.

ACRONYMES

AS	Aire de Santé
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BBQ	Barrières, Boosters et Questions
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
DS	District Sanitaire
ECZ	Équipe Cadre de Zone
HGR	Hôpital Général de Référence
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIMA	Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RAC	Recherche Active des Cas
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaires
SNIS	Système National d'Information sanitaire
SQUEAC	Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage
TPS	Tradi-Praticiens Sanitaires
UNS	Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VAD	Visites à Domicile
ZS	Zone de santé

RESUME

Save the Children a démarré en janvier 2013 un programme d'appui à la zone de santé de Shabunda pour la mise en œuvre de la PCIMA. Ce programme, débuté dans le cadre de résultats d'une enquête zonale menée par le PRONANUT en janvier 2011 qui a relevé une prévalence de MAG de 11,5% sur un terrain de conflit armé.

Neuf mois après le début du programme, une évaluation de la couverture du programme de PCIMA a été réalisée par SCI du 1 au 15 octobre 2013, au moyen de la méthode SQUEAC.

Le SQUEAC a pour but ultime d'analyser les forces et les faiblesses à l'accessibilité du programme de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et d'en estimer, si applicable, la couverture.

En effet, l'analyse des données qualitatives et quantitatives a relevé plusieurs facteurs négatifs et positifs en rapport avec l'organisation de la PCIMA dans cette ZS de Shabunda :

- La distance, l'insécurité, la rupture en stock sont des éléments principaux qui ont influencé négativement la prise en charge des MAS dans la ZS ;
- Par ailleurs, la présence d'infirmiers bien formés en PCIMA, bien qu'insuffisants, l'activité des reco, la bonne connaissance des signes de malnutrition et la connaissance des services UNTA de la ZS par la communauté sont autant des facteurs qui ont influencé positivement la couverture PCIMA dans la ZS de Shabunda.

D'importants moyens ont en effet été déployés lors du démarrage des activités, avec un accent particulier mis sur les activités de sensibilisation et le système de dépistage. Ces efforts ont amélioré la compréhension de la malnutrition dans la communauté et ont permis de traiter un grand nombre de cas : le programme apparaît aujourd'hui bien connu et très apprécié. Les activités communautaires ont cependant connu un relâchement après la clôture du projet suite à la diminution de l'appui technique et financier accordé aux RECO, responsable d'une importante démotivation.

L'estimation de la couverture en PCIMA de la ZS de Shabunda n'a pas été appropriée dans ce cas vu que la deuxième étape de la confirmation du test d'homogénéité n'était pas concluante.

Au total, les différentes barrières relevées ont limité la couverture et l'accessibilité à la PCIMA dans la ZS de Shabunda. Le renforcement du volet communautaire, l'amélioration de l'accessibilité géographique et sécuritaire et l'approvisionnement régulier en intrants constituent des enjeux essentiels pour prétendre à une amélioration de ce programme.

Au total, ces différentes barrières limitent considérablement la couverture et l'accessibilité au traitement, compromettant l'impact des actions entreprises par les différents acteurs pour développer la PCIMA.

1 INTRODUCTION

1.1 Brève présentation de la zone de santé de Shabunda

La zone de santé de Shabunda est l'une de 4 zones de santé que renferme le territoire dont elle porte le nom : Territoire de Shabunda. C'est une zone de santé rurale. Elle couvre une population totale de 167.657 habitants sur une superficie de 6.650 Km² avec une densité de 18 habitants par Km².

La population de la zone de santé de Shabunda se livre essentiellement à l'agriculture de substances, élevage des petits bétails, de la volaille, la pêche, la pisciculture et l'exploitation artisanale de cassitérite, l'Or du type artisanal et le petit commerce.

A cause du taux d'analphabétisme élevé, la population reste liée au mariage précoce, à la polygamie, au comportement sexuel à risque...

Les malades perdent beaucoup de temps dans des permanences des prières (sectes) et ne viennent que tardivement dans les structures sanitaires.

L'hygiène est encore très précaire dans le milieu, le paludisme, la gastroentérite, les Infections Respiratoires Aigues, la malnutrition, la Tuberculose, les Infections Sexuellement Transmissibles et le SIDA ont été les plus meurtrières en 2009.

L'équipe cadre de la Zone de santé n'est pas encore efficacement intégrée et garde toujours sa forme ancienne avec plusieurs superviseurs ayant chacun un programme sous sa responsabilité.

La zone de santé est subdivisée en 20 aires de santé dont 5 sont d'accès facile.

Le Paquet Minimum d'Activités reste encore incomplet dans la plupart des aires de santé.

Les activités non encore totalement intégrées sont :

- La PTME
- La PCIME communautaire
- La réhabilitation nutritionnelle

Les vingt aires de santé disposent de vingt centres de santé (dont 17 sont étatiques et 3 confessionnels) et 10 postes de santé. 13 sont construits en matériaux durables plus tôles, 7 demandent encore une réhabilitation, ou construction. Toutes les structures bénéficient des médicaments des divers intervenants (Unicef, OMS, AAP, SCI, quelques donations privées)

Le relief est montagneux par endroit avec des vallées. La végétation dominante est la forêt. On note une hydrographie qui pose un sérieux problème de traversée dans certaines aires de santé, surtout pendant la saison pluvieuse.

14 Aires de Santé sont accessibles par une route difficilement praticable, surtout pendant la saison des pluies. 6 aires de santé, perdues en pleine forêt, sont d'accès difficile.

Les affrontements entre les groupes armés justifient de fréquents déplacements de la population.

Le climat est tropical chaud avec 2 saisons :

La saison sèche qui va de Mai à Septembre et la saison des pluies qui va d'Octobre à Avril. En février on note une saison sèche transitoire.

Le Bureau central de la Zone de santé est situé à 340 Km de la division Provinciale de la santé située à Bukavu. On y accède principalement par voie aérienne, ce qui rend onéreux le coût de transport de Bukavu à Shabunda et vice versa.

Les principaux problèmes d'organisation de la Zone de santé :

- Faible coordination des activités par l'ECZ
- SNIS pour action peu fonctionnel
- Réponse inadéquate aux problèmes dans la communauté
- Le PCA incomplet à l'HGR
- Gestion inadéquate des ressources
- Moyens logistiques insuffisants par rapport à l'étendue de la zone de santé
- Faible intégration des programmes spécialisés
- Offre de soins de qualité douteuse dans certaines structures
- Faible utilisation de service dans certaines structures surtout les plus enclavées
- Faible implication de la communauté dans les activités de santé

1.2. Composition de l'équipe cadre BCZS SHABUNDA (Fonction) :

1. Médecin chef de zone : Dr Arsène LUBUKU MUBUTO
2. Médecin de l'hôpital Général (MDH/HGR) : Dr Franklin MWESHI
3. Administrateur Général de la zone de santé (AG/ZS) : FUTI TSIMBA
4. Infirmier superviseur Principal (IS Principal) : Kwalya LUTALA
5. Directeur de Nursing (DN/HGR) : KEKWA NSINGA

2 OBJECTIFS du SQUEAC

2.1 Objectif Général

- Évaluer la couverture du Programme de la PCIMA dans la ZS de Shabunda et identifier les facteurs influençant positivement et négativement la couverture

2.2 Objectifs spécifiques

- Apprécier la mise en œuvre de la PCIMA dans la ZS de Sahabunda
- Assurer une analyse approfondie des données et des indicateurs de la PCIMA
- Identifier les différentes barrières à la couverture de la PCIMA
- Identifier les forces du programme de PCIMA
- Estimer la couverture de la PCIMA, si nécessaire
- Créer un cadre de plaidoyer auprès des partenaires de PCIMA

3 METHODOLOGIE SQUEAC

Le SQUEAC est une méthode Investigatrice, Itérative, Innovatrice, Interactive, Informelle, Intra-communauté et Intelligente.

Le SQUEAC se base sur 2 principes fondamentaux:

(1) la Triangulation ; la collecte de données de différentes sources avec différentes méthodes

(2) l'Exhaustivité ; Principe de recherche d'un maximum d'informations possibles (on continue jusqu'à ce qu'il y a plus d'information nouvelle).

Le SQUEAC combine les méthodes qualitatives et des méthodes quantitatives. Il s'exécute en trois étapes essentielles :

- l'Identification des zones de couverture faible et élevée, investigation et analyse approfondie de tous les facteurs qui influencent la couverture du programme (Barrières et Points Forts) ;
 - la confirmation des zones de couverture faible et élevée ainsi que des raisons expliquant une couverture basse identifiées à l'étape 1 – Confirmation d'hypothèses et
 - l'estimation de la couverture (application de la Théorie Bayésienne), si appropriée.
- Notre investigation a concerné 7 aires de santé de la zone de santé de Shabunda couvertes par un programme PCIMA et appuyées par Save The Children, et s'est étendu du 1^{er} au 15 octobre 2013, soit une durée de 15 jours.

L'investigation a concerné quelques Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA) situées dans les aires de santé de la ZS (Nyalubwe, Lupimbi, Tukumbi, Tuntungulu, Miswaki, et Kassa) et ont été sélectionnées après analyse des données.

Les participants à l'investigation ont été choisis parmi les agents de la ZS, des infirmiers formés en PCIMA et des superviseurs du Bureau central. L'encadrement technique a été assuré par Save the Children. (Annexe 2 : liste des participants au SQUEAC Shabunda).

La journée du 1^{er} octobre 2013 a été consacrée à la présentation de la méthode aux autorités sanitaires de la ZS et aux différents partenaires dans la ZS.

Un chronogramme des activités a été élaboré pour couvrir toute la durée de l'évaluation (**Annexe 4**).

Avant de commencer les différentes étapes du SQUEAC proprement dit, une étape préliminaire a été développée.

➤ **L'activité préliminaire** a consisté à la collecte des données saisonnières afin d'arriver à la préparation des **calendriers**, à l'élaboration d'un **guide d'entrevue** devant orienter la collecte des données qualitatives à travers les différentes méthodes, la **terminologie** en rapport avec la malnutrition dans les aires de santé de l'investigation et l'identification des informateurs clé (**annexe 5**).

Les termes les plus utilisés dans les deux langues locales (Kiswahili et Kirega) pour décrire la malnutrition ont été recensés. Ils ont été utilisés pour la recherche active des cas de MAS.

[3.1. Etape 1 : Identification des zones de couverture faible/élevée, investigation et analyse approfondie de tous les facteurs qui influencent la couverture du programme.](#)

Cette étape s'appuie sur l'analyse des données quantitatives et des données qualitatives :

3.1.1. Analyse des données quantitatives

L'analyse de ces données permet de détecter quelques problèmes de couverture vers lesquels l'investigation sera orientée.

- Les données quantitatives de routine du programme constituées des statistiques mensuelles de la ZS de Shabunda ont été fournies par la ZS de Shabunda. Il s'agit des admissions, des abandons et des indicateurs de performance (décès, guéris et non répondants).
- Les données additionnelles ont été extraites des fiches de suivi des enfants admis dans les six UNTA. Il s'agit de :
 - Périmètre Brachial (PB) à l'admission et pour les déchargés guéris et les abandons
 - Durée de séjour dans le programme pour les déchargés guéris et les abandons
 - Répartition géographique de la couverture selon le nombre d'admissions/ abandons par villages, présence ou absence des relais communautaires

- Le calendrier des ruptures de stocks dans le temps (ATPE/médicaments) pour le programme et pour chaque centre de santé

3.1.2. L'analyse des données qualitatives

Les données qualitatives sont des opinions, perceptions et expériences de ceux qui sont directement et indirectement concernés par le programme. Elles expliquent mieux les données quantitatives et peuvent relever d'autres barrières à la couverture.

Les données qualitatives ont été collectées auprès des informateurs clés qui sont la communauté, les autorités locales, les cadres du ministère de la santé (ZS de Shabunda), personnel des centres de santé, personnel du programme et de terrain, mères d'enfants MAS pris en charge en UNTA ou en UNTI et mères d'enfants de moins de 5 ans, relais communautaires, tradi-praticiens sanitaires (TPS), les pasteurs des églises, les autorités politico administratives locales grâce à des entrevues interactives.

L'annexe 6 donne les différentes sources d'informations

Différentes méthodes ont été utilisées : focus groupes, entretiens semi structurés, entretiens approfondis avec les mères des enfants admis en UNTA (études des cas), observations des enquêteurs.

3.2. Etape 2 : La confirmation des zones de couverture faible et élevée ainsi que des raisons expliquant une couverture basse identifiées à l'étape 1 – Confirmation d'hypothèses

Cette étape s'est appuyée sur la petite enquête géographique (pour confirmer l'hypothèse d'homogénéité/ hétérogénéité).

Dans notre cas, étant donné que toutes les questions soulevées ont trouvé des réponses pendant la première étape ; seules des petites enquêtes géographiques, par la recherche active des cas, ont été menées pour confirmer l'hypothèse d'hétérogénéité ou d'homogénéité de la couverture. Dix villages supposés à haute couverture ont été choisis ainsi que sept villages supposés à basse couverture.

Au cours de notre évaluation, l'hypothèse d'hétérogénéité n'a pas pu être confirmée, malgré le nombre élevé des villages sélectionnés pour la petite enquête géographique. Ce qui n'a pas justifié la réalisation de la troisième étape qui consiste à l'estimation de la couverture du programme avec la théorie de Bayes.

4 RESULTATS

4.1 ETAPE 1 : IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE ET DES BARRIERES A L'ACCESSIBILITE

La première étape avait pour but d'identifier les zones de couverture élevée ou faible ainsi que les barrières à l'accessibilité, à partir de l'analyse :

- Des données de routine du programme dont les admissions, les abandons et les indicateurs de performance
- Des données quantitatives additionnelles collectées au niveau des UNTA comme le périmètre brachial/œdèmes à l'admission, la distance à parcourir pour atteindre le CS et les informations sur les abandons
- Des informations qualitatives faites d'opinions, perceptions et expériences de ceux qui sont directement et indirectement concernés par le programme ont été collectées auprès des différents acteurs clés : la communauté, les autorités locales, les TPS, les mères UNTA, les RECOs, les personnels des CS et l'équipe cadre de la ZS.

4.1.1 ANALYSE DES DONNEES QUANTITAVES

L'analyse des données de routine et de quelques données supplémentaires sur les fiches UNTA nous permet déjà d'avoir une bonne idée de la « santé » du programme et de donner des pistes à investiguer plus en profondeur.

La période de Janvier à Août 2013 est celle qui a été prise en compte pour cette analyse des tendances ainsi que des autres données recueillies sur les fiches UNTA.

DONNEES DE ROUTINE

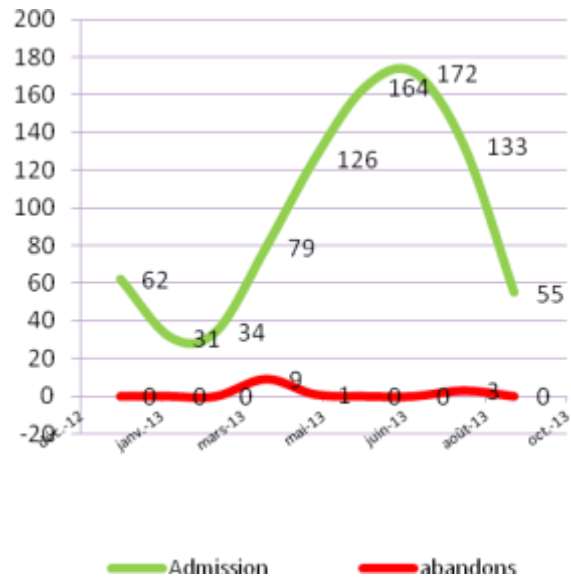
Capacité de réponse des admissions/abandons selon les calendriers

Les admissions sont les données les plus importantes car l'analyse des admissions au cours du temps permet de voir si le programme répond aux besoins. La question à se poser ici est celle de savoir s'il y a une hausse dans les admissions ou des abandons lorsqu'on s'attend à avoir un plus grand nombre de cas?

Au début de l'intervention, de février à mars 2013, le programme n'avait pas bien répondu aux besoins selon le calendrier à cause de l'insécurité qui a limité la disponibilité en intrants nutritionnels et en médicaments ; par la suite, le programme semble faire de progrès.

La figure qui suit indique que les admissions sont en corrélation avec la période des maladies (diarrhée, malnutrition, malaria) voire de l'augmentation de prix. Ceci démontre que les admissions augmentent à la période de l'année à laquelle on s'attend. Ce résultat est en faveur de la Zone qui peut désormais dans sa planification prévoir qu'à cette période, les intrants soient disponibles, les RECO devront être plus actifs dans le dépistage.

Les abandons, par contre, coïncident avec la période de soudure et les travaux des mères, surtout la récolte, donc la zone doit voir quelle stratégie développer pour éviter ces abandons car le résultat permet de voir que les abandons interviennent à la période prévue.



1 Maladies												
Paludisme												
IRA												
Malnutrition												
Diarrhée												
2 Production alimentaire												
Manioc												
Riz												
3 Disponibilité des aliments												
Manioc												
Riz												
4 Evolution des prix												
Manioc												
Riz												
5 Travaux des femmes												
Sarclage												
Semence												
Recolte												
6 Travaux des hommes												
Coupe des bois												
Creusage d'or												
7 Saison												
Pluie												
Seche												
8 Rupture en stock en Plumpy'nut												
Période												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre

Figure 1: Evolution des admissions/abandons confrontés aux calendriers saisonniers et événements clés

Indicateurs de performances

Nous présentons les indicateurs de performance sur un diagramme. Il concerne les 801 enfants admis dans les UNTA pour malnutrition aiguë sévère au cours de la période.

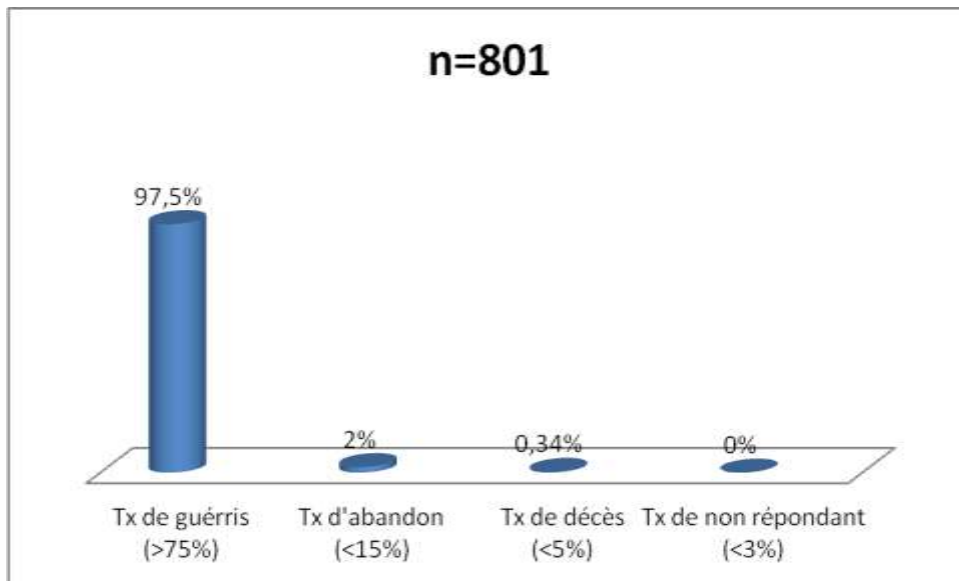


Figure 2: Indicateurs de performance

Le taux de guérison observé est de 97,5%. Ce taux marque une bonne performance de la prise en charge. Sur les 594 enfants déchargés du programme 579 avaient suivi avec succès leur traitement.

Les rapports n'ont pas déclaré beaucoup d'abandons. 13 cas seulement sur les 801 enfants admis seulement ont abandonné, alors que l'on s'attendait avoir des enfants abandonnés lors de la période des ruptures et des travaux de mères.

Toutefois, nous avons noté que 5 enfants parmi eux ont été déchargés avec un PB < 115mm. Ces cas étaient tous des enfants de moins de 2 ans qui avaient déjà fait plus de 8 semaines dans le programme. Ils avaient été admis avec le critère PT et avaient amélioré leur indice Poids-Taille et leur état général.

DONNEES SUPPLEMENTAIRES

L'analyse de ces données est importante car elle oriente sur les pistes à investiguer lors de la collecte de données qualitatives

ANALYSE DES DONNEES D'ADMISSION

Médiane PB à l'admission

Le calcul de la médiane des PB à l'admission ainsi que les admis par œdèmes ont permis d'estimer la précocité de recours aux soins. Ces données ne sont pas à 100% fiable car les prestataires ne prennent pas systématiquement le PB à l'admission et le critère prioritaire étant l'indice P/T ou les œdèmes donc on a tablé uniquement sur les 224 enfants admis ayant les PB mesurés.

Cette médiane se situe à 110mm ; bien qu'elle soit à la limite inférieure de la catégorie « recours précoce », nous pouvons encore dire que les parents des enfants MAS consulteraient assez tôt le CS certainement pas parce qu'ils connaissent les signes de la malnutrition, ou qu'ils viennent pour

autre pathologie et puisque le dépistage passif est systématique au niveau des CS ceux-ci sont dépistés plus tôt. Cela pourrait aussi indiquer que les RECO identifient précocement les enfants mais le degré d'activité des RECO semble faible selon les données qualitatives recueillies auprès de la population.

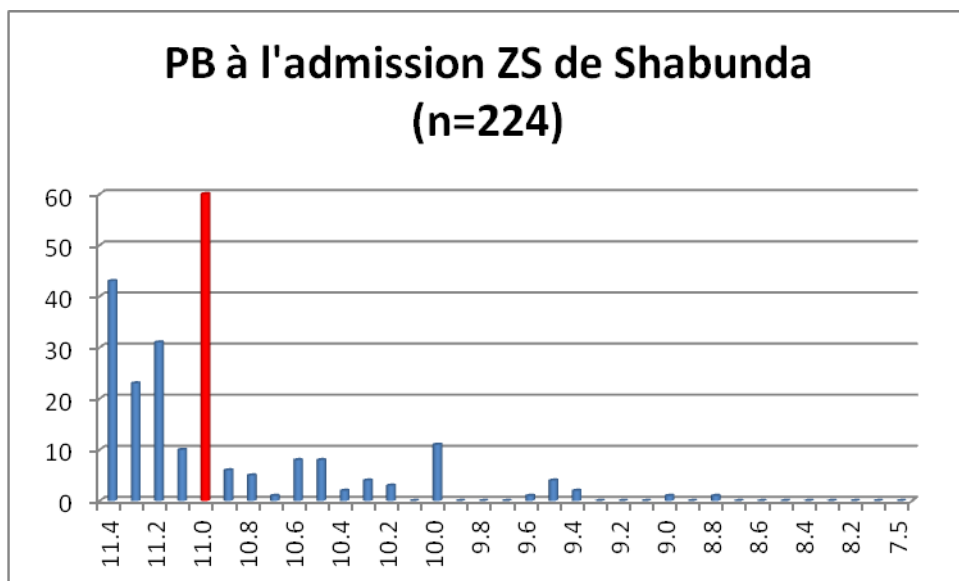


Figure 3: PB des enfants malnutris à l'admission du programme

Provenance des admissions

La distance est souvent une barrière à l'accessibilité aux soins. Des données ont été recueillies afin d'identifier si cette variable avait une influence sur le nombre d'admissions ou d'abandons dans la zone d'intervention. Les données ont été mises en corrélation avec la distribution de l'ensemble des villages par rapport à la distance du Centre de Santé.

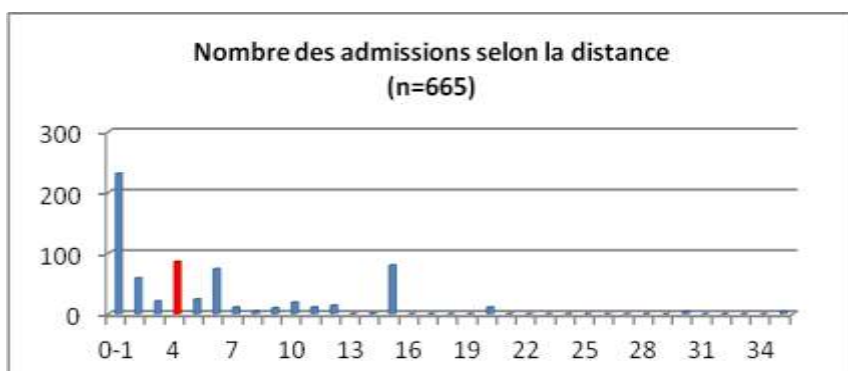


Figure 4: Provenance des admissions

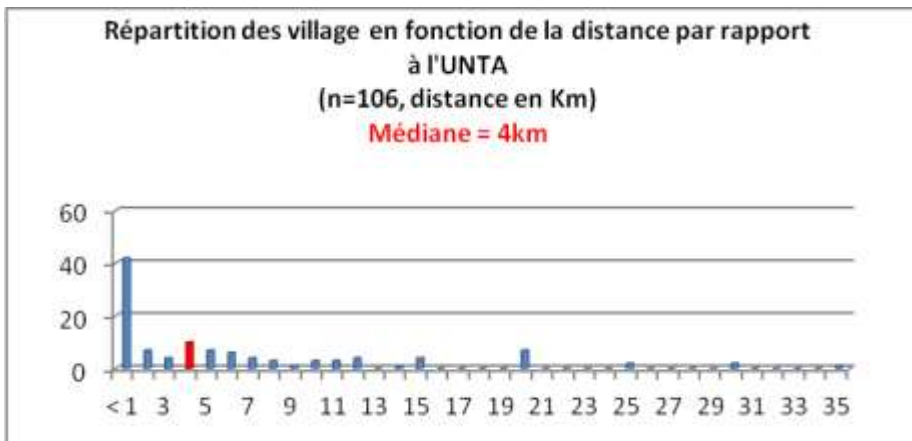


Figure 5: Répartition des villages en fonction de la distance

La distance médiane entre le CS et l'ensemble des villages est de 4 kms. Elle est la même que celle des admissions. Lorsqu'on observe le graphique il s'y dégage que, au-delà de 4 kms la distance influence les admissions car 50% des admis proviennent de villages situés à moins de 4 Km du CS, le nombre d'admissions diminue au-delà de cette distance. Donc le CS est plus fréquenté par les habitants qui résident dans ce rayon. Ces résultats pourraient aussi s'expliquer par le fait de l'insécurité de la région. Les malades de plus de 4km se préservent de fréquenter les CS à cause de la présence des groupes armées entre le village et le CS.

Durée du séjour pour les guéris

Cette analyse est importante, car elle constitue un élément de décision (elle n'est pas la seule) qui nous permet de décider sur le type de couverture (périodique ou actuelle) plus appropriée à considérer.

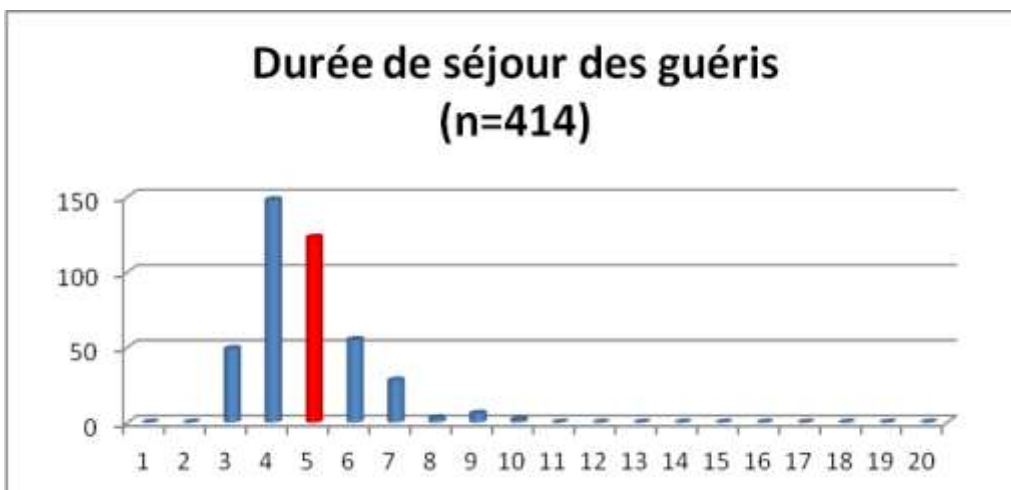


Figure 6: Durée du séjour de sorties guéris dans le programme

La médiane par rapport à la durée de séjour est de 5 semaines à l'UNTA, ce qui est relativement bon lorsqu'on considère le protocole.

ANALYSE DES DONNEES D'ABANDONS

Il est important de retenir les enfants de l'admission jusqu'à la guérison, les abandons sont les enfants qui ont quitté le programme avant d'être guéris. Lorsque nous avons un taux élevé des abandons, ceci signe une couverture faible ; il y a dans ce cas certains points à investiguer tels que la durée de séjour avant l'abandon, la distance du village au centre de santé, la raison de l'abandon, la provenance de référence, etc.

MAS à l'abandon

Le résultat pour les abandons nous amène à un total de 13 abandons, dont 9 avaient un $PB < 115\text{mm}$, les données étaient manquantes pour 4 enfants. 9 enfants sur 13 enfants, soit 69,2% qui ont abandonné avaient encore un signe de la malnutrition; c'est plus de la moitié des abandons qui sont à risque de mortalité. Les bénéficiaires qui abandonnent précocement le traitement sont normalement toujours des cas MAS et ainsi toujours à grand risque de mortalité. Ils peuvent même constituer des 'décès cachés'.

Durée du séjour pour les abandons

Les abandons interviennent à la semaine 1 et 2, la médiane est située à 3 semaines ; ce qui correspond aux abandons avec risque de mortalité. Cette donnée triangule avec le PB à l'abandon et suppose que la majorité des enfants ont un risque élevé de mortalité au moment de l'abandon.

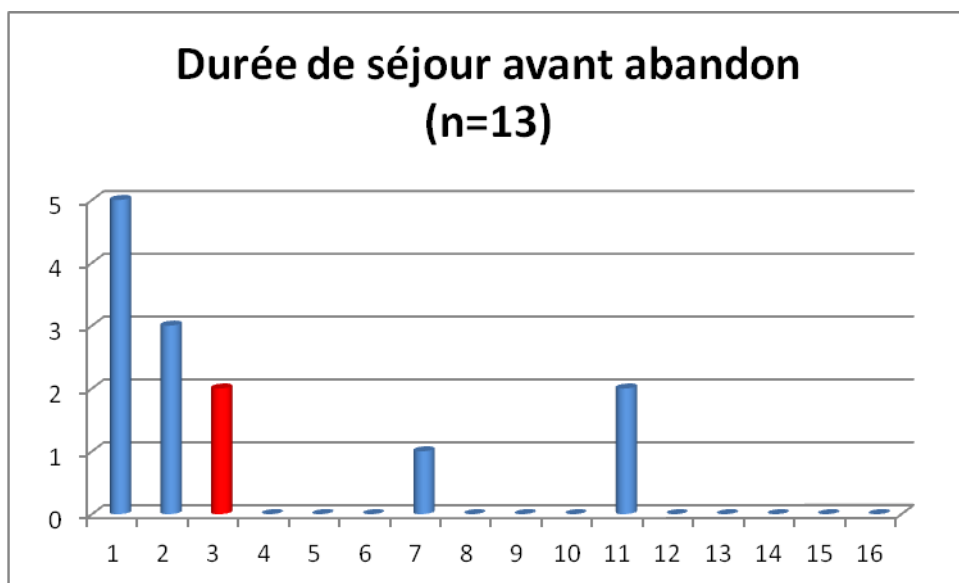


Figure 7: durée de séjour avant l'abandon

Provenance des abandons

Cette analyse permet définir s'il y a une relation type cause à effet entre les abandons et la distance surtout pour les villages éloignés.

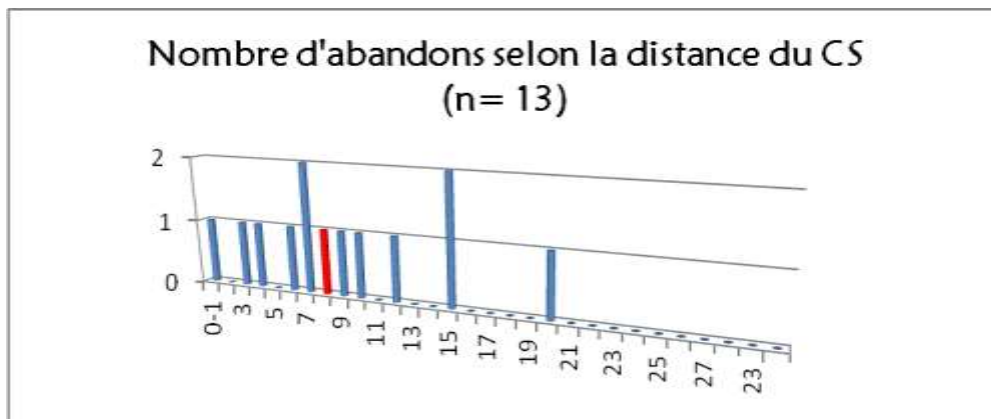


Figure 8: Provenance des abandons

La médiane de provenance des abandons est à 8 Km donc nous pouvons dire que la distance est très probablement la raison principale des abandons. La majorité d'enfants qui a abandonné habite à plus de 8 km de l'UNTA.

Qui a référé

Sur 13 abandons, nous n'avons pas analysé qui les avaient référés car ces données n'étaient pas systématiquement remplies sur la fiche. Encore une fois, on a eu des difficultés à retrouver ces informations suite à la mauvaise tenue de fiches. Ces données pourraient nous indiquer la source principale d'identification/référence.

VAD

Les visites à domicile sont importantes pour le suivi de cas et chaque RECO devrait avoir son calendrier pour le réaliser cette activités.

Ces données n'ont pas été, malheureusement, pas remplies sur les 13 abandons décelés ce qui mets en doute le degré d'activités qui consistent à dépister activement les enfants malnutris, à sensibiliser la communauté, à faire les visites à domicile pour le suivi de cas.

Répartition des RECO par village

Les RECO sont en nombre suffisant, soit 270 RECO formés, il y a en moyenne 40 recos par AS. L'AS de Lupimbi avec 46 villages a 60 recos actifs alors que l'AS de Tukumbi en a 15 pour ces 6 villages. Un reco couvre en moyenne 205 habitants, ce qui est suffisant.

Calendrier des ruptures

Le projet a débuté depuis janvier 2013. Un premier approvisionnement en plumpy'nut a été livré pour le lancement des activités, puis une rupture de stock est survenue et a perduré jusqu'au mois de mars 2013. La rupture s'est étalée entre février à avril 2013. Cet élément aurait aussi influencé

beaucoup d'abandons dans la ZS. Le calendrier des ruptures en plumpy'nut et en médicaments, principalement l'amoxyxilline se présente comme suit :

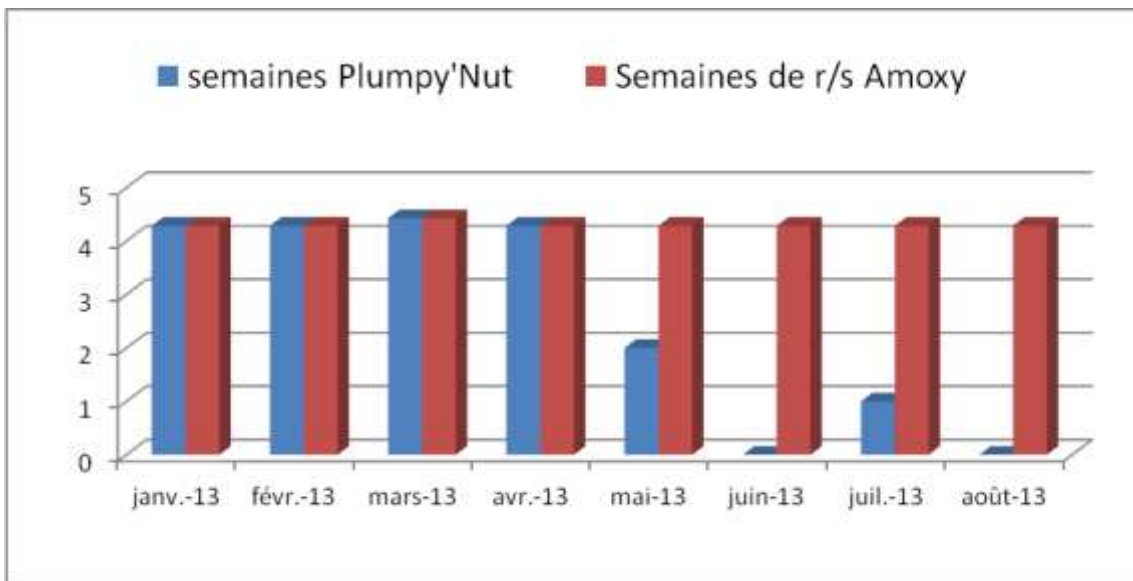


Figure 9: Calendrier de rupture en stock des Plumpy'nut et Amoxicilline exprimé en semaine.

On a noté une rupture dans presque toutes les structures dès le mois de janvier 2013. A partir du mois de mai quelques structures ont été approvisionnées.

En ce qui concerne les Amoxicillines, seules les AS de Nyalubwe et Tukumbi ont été approvisionné à partir du mois d'avril, toutes les autres AS ont accusé une rupture d'approvisionnement quasi-permanente en ce médicament de traitement systématique. Heureusement, les structures ont utilisé leur propre stock (sur les autres projets) avant le remboursement lors des réapprovisionnements de SC.

4.1.2 L'ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES

L'outil BBQ (**Barrières Boosters et Questions**) a permis à chaque entretien, de manière itérative, de collecter les facteurs qui influencent négativement la PCIMA ou **Barrières** à la couverture, les éléments favorables à une meilleure couverture ou **Boosters** ainsi que des questions soulevées pendant l'investigation.

Voici quelques facteurs qui influencent la couverture dans la ZS de Shabunda:

- i. **Distance / inaccessibilité géographique** : la distance est clairement apparue comme une barrière à la couverture. Plus les enfants étaient éloignés du centre de santé, plus ils avaient des difficultés pour recourir aux soins, cela à cause du manque de moyen de transport ou de son coût et aussi de l'accessibilité géographique difficile. Les enfants qui abandonnaient le plus le traitement étaient ceux qui habitaient à plus de 7km de l'UNTA. L'analyse des données ci haut confirme cette grande barrière. L'inaccessibilité géographique est beaucoup plus fréquente au moment des pluies car nous notons les inondations des rivières et cours d'eau qui rend inaccessible les UNTA.



ii. **L'insécurité** : liée à la présence des groupes armés dans les villages. Les mères des enfants malnutris franchissent à leur risque et péril les forêts où logent les groupes armés, ceci a un impact très négatif sur la fréquentation des CS surtout dans l'AS de MUNGEMBE.

iii. **Rupture d'intrants** : le programme a connu une longue rupture d'ATPE pendant la période de démarrage du projet.

Pour l'ATPE la rupture était partielle dans certains UNTA. Cela pourrait être à l'origine du découragement des mères et des abandons.

iv. **Faible implication de l'autorité locale** : Les RECO n'ont pas eu une bonne collaboration avec les autorités locales dans certains AS, ils ne les ont pas impliqués dans la sensibilisation pour certains et pour d'autres, ne leur rendaient pas compte de l'évolution des activités sur terrain (feedback). Cette situation a conduit au découragement des autorités sur le suivi des activités et la population a suivi.

Le Schémas conceptuel (concept maps)

L'ensemble des informations qualitatives recueillies auprès des différents acteurs a été résumée et présentée à l'aide de la méthode de MindMap qui permet d'organiser d'une manière synthétisée et claire les informations. Le logiciel Xmind a été utilisé pour la version électronique de l'exercice. L'annexe 8 présente le MindMap réalisé au cours de l'investigation SQUEAC. Les signes  et  ont été utilisés pour indiquer si l'élément influençait de manière positive ou négative la couverture.

4.2 ETAPE 2 : CONFIRMATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE ET ELEVEE AINSI QUE DES RAISONS EXPLIQUANT UNE COUVERTURE BASSE IDENTIFIEES A L'ETAPE 1 – CONFIRMATION D'HYPOTHESES

Cette étape s'appuie sur les méthodes suivantes :

- i. Petites études (pour confirmer une hypothèse et/ou approfondir certaines informations)
 - ii. Petites enquêtes (pour réaliser une comparaison entre 2 groupes)
 - iii. Petite enquête géographique (pour confirmer l'hypothèse d'homogénéité/ hétérogénéité)
- Dans notre cas, étant donné que toutes les questions soulevées ont trouvé des réponses pendant la première étape ; seule la petite enquête géographique a été menée.

Il fallait comprendre s'il y avait hétérogénéité ou homogénéité de la couverture.

17 villages ont donc été sélectionnés pour tester les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée, sur la base des critères suivants : 10 villages supposés à couverture plus élevée ont eu beaucoup de cas d'admissions et peu ou pas de cas d'abandons, alors que 7 villages supposés à couverture plus basse ont eu peu ou pas de cas d'admissions et/ou beaucoup de cas d'abandons.

Les équipes d'investigation ont réalisé une recherche active des cas dans les 17 villages et obtenu les résultats suivants :

Hypothèse de couverture faible							
CS	Village	Population	Cas MAS	Cas couvert	Cas non couvert	En voie de guérison	Hypothèse
Lupimbi	Mbambalua	1043	0	0	0	0	
	Mankulu	763	1	0	1	0	
	Classe moyenne	1055	0	0	0	0	
	Maombi	572	0	0	0	0	
Miswaki	Luliba 2	168	0	0	0	0	
	Tulole	208	1	0	1	4	
Nyalubwe	Mizi	131	3	0	3	0	
Total	7	3940	5	0	5	4	Confirmée

Hypothèse de couverture élevée							
CS	Village	Population	Cas MAS	Cas couvert	Cas non couvert	En voie de guérison	Hypothèse
Kassa	NZALIA 2	650	3	0	3	0	
	Mulungu 1	629	1	1	0	0	
	Mutunda 1	804	2	1	1	0	
Miswaki	Miswaki	927	2	0	2	0	
	Matali	685	5	0	5	1	
Nyalubwe	Nyalubwe 2	625	0	0	0	0	
Tukumbi	Kizikibi	2121	2	1	1	1	
	Tunkombe	289	3	0	3	0	
Tuntungulu	Tuntungulu	1180	0	0	0	0	
	Kipombi	1385	4	0	4	0	
Total	10		22	3	19	2	Non confirmée

L'analyse des résultats a été réalisée au moyen de la méthode LQAS (Lot Quality Assurance Sampling).

Au total cinq cas de MAS ont été identifiés dans les villages à basse couverture, tous étaient non couverts. L'hypothèse de couverture faible a été confirmée. Vingt deux enfants MAS ont été identifiés dans les villages supposés à haute couverture. Trois cas seulement étaient couverts et deux en voie de guérison. Seuls trois cas étaient couverts. L'hypothèse de couverture élevée n'a pas pu être confirmée.

Un questionnaire a été soumis à la mère afin de connaître les raisons pour lesquelles l'enfant n'était pas pris en charge.

Les raisons rapportées pour n'avoir pas amené l'enfant par les mères conscientes de la maladie et qui connaissaient le service, sont les suivantes:

- Autre occupation de parents suite aux travaux champêtres, ou mère malade 46,2%
- Rupture des intrants 23,1%
- Manque d'information sur la prise en charge 15,4%
- Insecurité 7,7%
- trop loin plus de 10 Km 7,7%

Ce résultat n'a pas pu rendre possible la poursuite de la troisième étape. Le test d'hétérogénéité n'a pas été concluant.

5 CONCLUSION

L'enquête de couverture réalisée du 1^{er} au 15 octobre 2013 dans la ZS de Shabunda, Province du Sud Kivu, est une première expérience qui constitue une évaluation de base en matière de prise en charge des cas de MAS dans la ZS de Shabunda.

Les deux semaines passées ensemble avec les enquêteurs a permis à chacun des participants de puiser du savoir en matière de prise en charge ambulatoire et aussi de la méthodologie SQUEAC.

L'estimation de la couverture en PCIMA de la ZS de Shabunda n'a pas été appropriée dans ce cas vu que la deuxième étape de la confirmation du test d'homogénéité n'était pas concluante.

En effet, l'analyse des données qualitatives et quantitatives a relevé plusieurs facteurs négatifs en rapport avec l'organisation de la PCIMA dans cette ZS de Shabunda :

La distance, l'insécurité, la rupture en stock sont des éléments principaux qui ont influencé négativement la prise en charge des MAS dans la ZS.

Par ailleurs, la présence d'infirmiers bien formés en PCIMA, bien qu'insuffisants, l'activité des reco, la bonne connaissance des signes de malnutrition et la connaissance des services UNTA de la ZS par la communauté sont autant des facteurs qui ont influencé positivement la couverture PCIMA dans la ZS de Shabunda.

Au total, ces différentes barrières limitent considérablement la couverture et l'accessibilité à la PCIMA dans la ZS de Shabunda. Le renforcement du volet communautaire, l'amélioration de l'accessibilité géographique et sécuritaire et l'approvisionnement régulier en intrants constituent des enjeux essentiels pour prétendre à une amélioration de ce programme.

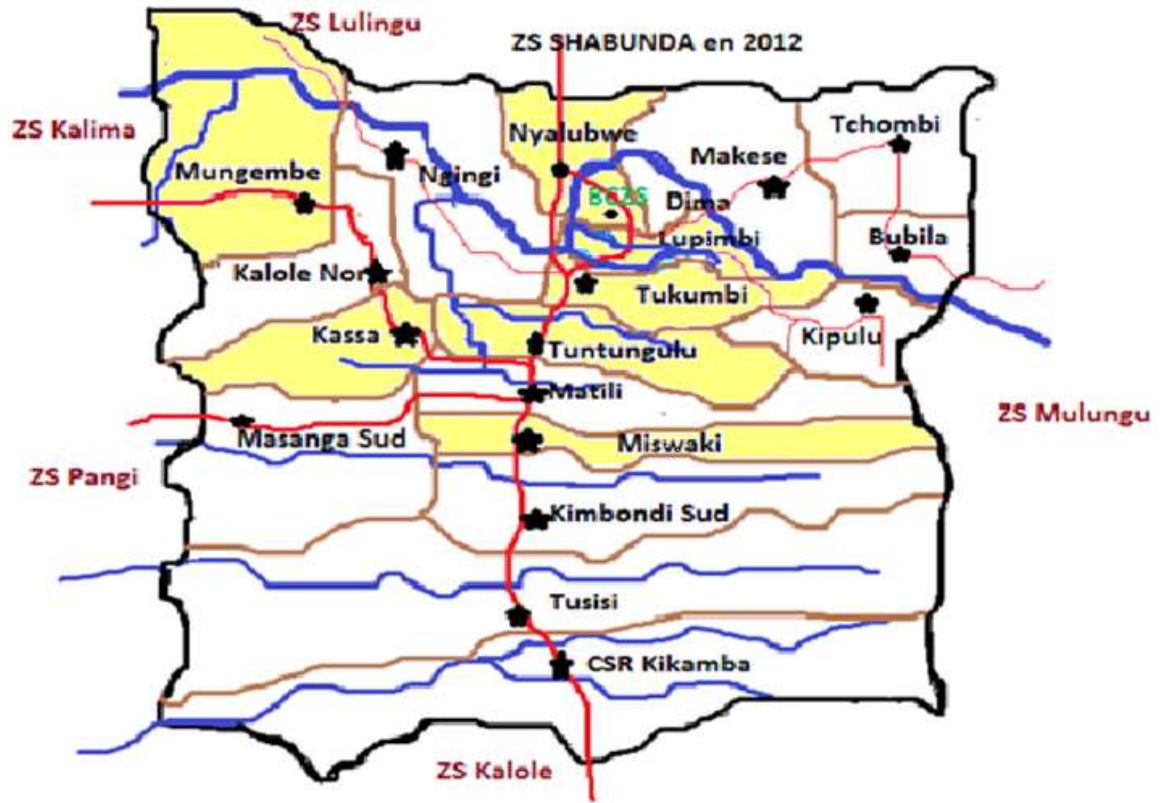
En vue de quoi, les recommandations suivantes ont été identifiées accompagnées d'un plan de mise en œuvre.

6 RECOMMANDATIONS

N°	RECOMMANDATION	JUSTIFICATION
1	<p>Mise en place de mesure pour réduire l'impact de la distance</p> <p>Impliquer les Autorités politico administratives dans la réhabilitation des routes</p>	<p>Distance,</p> <p>Obstacles naturelles, inondations des rivières et cours d'eaux</p>
2	<p>Rapprocher les services des bénéficiaires, en intégrant la PCIMA dans les postes de santé avancés</p>	<p>La distance constitue une barrière importante à l'accès aux soins, et est à base de plusieurs abandons (les mères abandonnent dès que l'enfant va mieux)</p>
3	<p>Renforcer la sensibilisation et la mobilisation communautaires: Renforcer les visites à domicile</p>	<p>Pas d'éléments de visite à domicile des enfants ayant abandonné</p>
4	<p>Améliorer la gestion de stock d'intrants nutritionnels (approvisionnement, gestion, etc.)</p>	<p>Le programme a connu une rupture de stock d'ATPE, de lait thérapeutique et des médicaments pendant la période de janvier à avril. Au cours de cette période on a observé des abandons.</p>
5	<p>Faire un plaidoyer auprès des partenaires/Cluster de Nutrition pour appuyer les UNT en intrant</p>	
6	<p>Implication des autorités politico administratives et coutumières à tous les niveaux pour une résolution pacifique des conflits des groupes armés</p>	<p>Insécurité dans la ZS relative à la présence des groupes armés</p>

LES ANNEXES

Annexe 1 : Carte sanitaire de la ZS de Shabunda



Annexe 2: Liste des participants à l'atelier SQUEAC

N°	ORGANISATION	NOM ET PRÉNOM	TELEPHONE	Email
1	Save The Children	Dr Claude Sabwa	+243970007124	Claude.Sabwa,@savethechildren.org
2	Save The Children	Dr Josée MWIYASO	+243972001940	Josee.Mwiyaso@ savethechildren.org
3	Save The Children	Dr Gratien NENDAKA	+243813882777	Gratien.Nendaka@savethechildren.org
4	Save The Children	Alex FIKIRI	+24399728266	Alex.Fikiri@savethechildren.org
5	Nutritioniste de la santé de shabunda	David BWINDOWA	+243820508193 +243999341798	
6	Infirmière de la zone de santé	Cecile KIPENE	-	
7	It de l'aire du centre de santé la Merveille	Magabel MUNGAMBA	-	
8	Infirmier dans la zone de santé de Shabunda	Augustin MUKONGOBA	-	
9	Accoucheuse du centre de santé de Tuntungulu	Bernadette KWIDEMBA	-	
10	Technicien de developpement rural de la zone de santé de Shabunda	Alexis TCHANA	+243813675565 +243991831817	
11	Infirmier dans la zone de santé de Shabunda	Bernad SANINGA	-	
12	Infirmier de la zone santé dans Shabunda	Kalume ULIMWENGU	-	

Annexe 3 : Guide de l'interview

INVESTIGATION SQUEAC

Guide pour entrevues/focus groupes - Thèmes à aborder pour le travail qualitatif

1. COMMUNAUTE

- ✓ **CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION** (afin de déterminer si la malnutrition est perçue comme une maladie importante/fréquente au sein de la communauté)
 - Quelles sont les problèmes de santé que vous rencontrez dans votre communauté :
 - Quels sont les signes de la malnutrition? Comment l'appelle-t-on dans la langue locale?
 - Comment survient-elle?
 - Est-elle une maladie honteuse?
 - Qui sont les plus touchés par ce problème? Pourquoi et comment?
 - A quel période sont –ils touchés?
 - Connaissez-vous des enfants qui souffrent de la malnutrition dans votre communauté?

- ✓ **RECOURS/RECHERCHE DE SOINS**
 - Que faites vous quand votre enfant a un problème de santé ou est atteint de la malnutrition? Pourquoi ?
 - A qui avez vous recours en cas de maladie ?
 - Pourquoi ?

- ✓ **CONNAISSANCE DU SERVICE UNTA** (service et fonctionnement)
 - Connaissez-vous une structure qui prend en charge les cas de malnutrition ici?
 - Quels sont les enfants qui y sont pris en charge?
 - Les services sont-ils payants ou gratuits?

- ✓ **PERCEPTIONS/APPRÉCIATION DU SERVICE**
 - La structure est-elle accessible? Loin? Proche?
 - Êtes-vous bien accueillis?
 - Les enfants malnutris guérissent-ils ou décèdent après leur prise en charge?
 - Qu'est-ce que vous n'appréciez pas?
 - Qu'est-ce que vous appréciez?
 - Est-ce que la communauté accepte-t-elle les services rendus à l'UNTA?

- ✓ **DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC** (CONNAISSANCE DU ASC ET SES ACTIVITES)
 - Connaissez-vous des personnes dans la communauté qui s'occupent des enfants malnutris dans la communauté? (identification des enfants, sensibilisation, dépistage, référence et visite à domicile)
 - Que font-ils exactement?
 - Font-ils bien leur travail?
 - Citez quelques personnes que vous connaissez dans le village qui font ce travail?
 - Sont-ils proches de la communauté?

- Passent-ils régulièrement?

✓ **QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS**

- Est-ce que tous les enfants du village qui sont en mauvais état nutritionnel sont traités à l'UNTA/CS? Pourquoi ?
- Dans votre communauté, il y a –t-il des enfants qui ont suivi le traitement jusqu'à la fin ou des enfants qui ont interrompu le traitement ?
- Pour quelles raisons les enfants abandonnent-ils leur traitement ?
- Qu'est ce qui empêche l'accessibilité au traitement ?

✓ **PHÉNOMÈNE DE « REJET »**

- Y a –t-il des enfants qui sont conduit au centre mais qu'on rejette?
- Quelles sont les raisons de rejet ?
- Acceptent-ils les raisons données par l'IT ?

✓ **BARRIERES**

- Quelles sont les barrières qui empêchent les enfants à accéder aux soins ?

✓ **AMELIORATIONS/RECOMMANDATIONS**

- Comment pensez-vous qu'on peut améliorer les services ou surmonter ces obstacles ?
- Avez-vous d'autres suggestions à faire ?

2. PERSONNES CLÉ DE LA COMMUNAUTÉ (AUTORITÉS LOCALES OU RELIGIEUSES, ETC.)

On peut toujours poser certaines questions ouvertes sur la situation dans le village / la santé des enfants etc. comme vous avez fait pour la communauté avant d'aborder les thèmes qui nous intéressent :

- ✓ **CONNAISSANCE DU SERVICE UNTA (Service et fonctionnement)**
 - Connaissez-vous un service qui s'occupe des enfants qui sont malnutri? Où?
 - Que savez-vous de ce service?
 - Fonctionne-t-elle normalement?
 - Comment appréciez-vous le service qui y est rendu?
 - Quels sont les enfants qui y sont traités? (cible, âge, critères d'admissions, etc.)

- ✓ **ROLE DE SENSIBILISATION (sur l'UNTA)/RÉFÉRENCE**
 - Quel rôle jouez-vous dans le processus de prise en charge? (sensibilisation)
 - Avez-vous reçu suffisamment des informations sur la malnutrition? Quand? Par qui?
 - Êtes-vous un facilitateur dans l'accès au service?
 - Comment le faites-vous?
 - Que faites vous lorsque vous rencontrez des enfants malnutris?
 - Organisez vous des actions de sensibilisation communautaire?

- ✓ **PERCEPTIONS/APPRÉCIATION DU SERVICE UNTA DANS LE VILLAGE**
 - Que pensent les gens du village sur le service de l'UNTA?
 - La structure est-elle accessible?
 - Êtes-vous bien accueillis?
 - Les enfants malnutris guérissent-ils ou décèdent après leur prise en charge?
 - Qu'est-ce que vous n'appréciez pas?
 - Qu'est-ce que vous appréciez?

- ✓ **QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS**
 - Est-ce que tous les enfants du village qui sont en mauvais état nutritionnel sont traités à l'UNTA/CS? Pourquoi ?
 - Les enfants respectent-ils les rendez-vous prescrits par le personnel de santé ?
 - Pour quelles raisons certains enfants abandonnent-ils leur traitement ?
- ✓ **PHÉNOMÈNE DE « REJET »**
 - Y a –t-il des enfants qui sont conduit au centre mais qu'on rejette?
 - Quelles sont les raisons de rejet ?
 - Acceptent-ils les raisons données par l'IT ?
- ✓ **BARRIERES**
 - Quelles sont les barrières qui empêchent les enfants à accéder aux soins ?
- ✓ **STIGMATISATION**
 - La malnutrition est-elle une maladie honteuse?
 - Comment pensez-vous qu'on peut combattre la stigmatisation ?

- ✓ **DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC (CONNAISSANCE DU ASC ET SES ACTIVITES)**

- Connaissez-vous des personnes dans la communauté qui s'occupent des enfants malnutris dans la communauté? (identification des enfants, sensibilisation, dépistage, référence et visite à domicile)
- Que font-ils exactement?
- Font-ils bien leur travail?
- Citez quelques personnes que vous connaissez dans le village qui font ce travail?
- Sont-ils proches de la communauté?
- Passent-ils régulièrement?

- ✓ **COMMUNICATIONS AVEC ASC/PERSONNEL DU PROGRAMME OU DU CS**
- Connaissez-vous les gens qui s'occupent des activités de malnutrition? Les avez-vous déjà rencontrés pour connaître ce qu'ils font?

- ✓ **AMELIORATIONS/RECOMMANDATIONS**
- Comment pensez-vous qu'on peut améliorer les services ou surmonter ces obstacles ?
- Avez-vous d'autres suggestions à faire ?

3. TRADI PRACTICIENS OU AUTRES GUÉRISSEURS (CHARLATANS)

- ✓ **TRAITEMENT ET PERCEPTION DE LA MALNUTRITION**
 - D'après vous la malnutrition c'est quoi?
 - Comment vous la percevez ?
 - Comment vous traiter les différents cas (kwashiorkor et marasme)?
- ✓ **CONNAISSANCE DU SERVICE UNTA (Service et fonctionnement)**
 - Avez-vous une idée sur le service de santé qui s'occupe des enfants malnutris?
 - Si oui, Comment fonctionne – t - il ?
 - Que savez-vous de ce service?
 - Comment appréciez-vous le service qui y est rendu?
 - Quels sont les enfants qui y sont traités? (cible, âge, critères d'admissions, etc.)
- ✓ **ROLE DE SENSIBILISATION (sur l'UNTA)/RÉFÉRENCE**
 - Arrive – t –il des fois où vous recevez les mères avec des enfants malnourris? vous parlez avec et vous le réferez au centre de santé/UNTA ?
 - Quel rôle jouez-vous dans le processus de prise en charge? (sensibilisation)
 - Avez-vous reçu suffisamment des informations sur la malnutrition? Quand? Par qui?
 - Que faites vous lorsque vous rencontrez des enfants malnutris?
 - Organisez vous des actions de sensibilisation communautaire?
- ✓ **INCLURE DES THÈMES UTILISÉS POUR LES DISCUSSIONS AVEC LES AUTORITÉS (POINT 2)**
 - ✓ **BARRIERES**
 - Quelles sont les barrières qui empêchent les enfants à accéder aux soins ?
 - ✓ **STIGMATISATION**
 - La malnutrition est-elle une maladie honteuse?
 - Comment pensez-vous qu'on peut combattre la stigmatisation ?

4. MERES DES BENEFICIAIRES UNTA

A. Étude de cas (face à face avec la mère)

- ✓ **HISTOIRE DE LA MALADIE**
 - Parlez nous de la survenue de la maladie de votre enfant?
 - Qu'avez-vous remarqué?
 - Comment cela a commencé?
 - Combien de temps ces signes ont durés?
 - Comment avez-vous fait pour aller au CS?
- ✓ **RECOURS/RECHERCHE DE SOINS**
 - Qu'avez-vous fait pour amener votre enfant au centre de santé?
 - Où avez-vous eu cette information?
 - Est-ce qu'il y – a quelqu'un qui vous a orienté vers le CS, si oui, Qui?
- ✓ **QUALITÉ DU SERVICE**
 - Comment avez-vous été accueilli dans le service?
 - Qui vous a reçu?
 - Combien de temps aviez vous fait dans le service?
 - Qu'est ce que le service vous dit et a fait pour vous?
 - Est-ce que le traitement a été respecté?
- ✓ **CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE UNTA**
 - Comment se déroule le service toutes les fois que vous y allé ?
 - Expliquez nous par où vous commencez, vous cheminez et vous terminez.
- ✓ **APPRÉCIATION DU SERVICE**

Comment appréciez-vous le service que le CS vous a rendu ? (de l'accueil au traitement et suivi de votre enfant)
- ✓ **ABSENCE/ABANDON**

Est-ce que votre enfant a suivi le traitement jusqu'à la fin ? si oui avez-vous respecté les rendez vous du CS ? si non, quand est ce que vous avez abandonné et pourquoi ?

B. Entrevue semi-structurée avec un groupe de mères UNTA

- ✓ **SOURCE D'INFORMATION SUR LE SERVICE UNTA**
 - Par quel moyen avez vous connu le service UNTA ?
 - Qui vous a parlé pour la première fois du service UNTA ?
 - Comment connaissez-vous le service UNTA ?
- ✓ **DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC (CONNAISSANCE DU ASC ET SES ACTIVITES)**
 - Connaissez-vous des personnes dans la communauté qui s'occupent des enfants malnutris dans la communauté? (identification des enfants, sensibilisation, dépistage, référence et visite à domicile)
 - Que font-ils exactement?
 - Citez quelques personnes que vous connaissez dans le village qui font ce travail?
 - Sont-ils proches de la communauté?
 - Passent-ils régulièrement?

- Sont – ils des gens de confiance?

✓ **APPRECIATION DU SERVICE/BARRIERES**

Comment trouvez vous le service UNTA de votre CS ? (personnels, travail, espace du CS, emplacement...)

✓ **DISTANCE**

Combien de temps mettez-vous pour arriver au CS ? Est-ce que c'est loin ? ou c'est près ?

✓ **REFERENCE**

Quand votre enfant est tombé malade, qui vous a référé au CS ?

✓ **QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS**

Dans votre village, connaissez-vous des enfants qui ont été malade et non pas suivi tout le traitement (ils ont abandonnés) ? si oui pourquoi ?

- Est-ce que tous les enfants du village qui sont en mauvais état nutritionnel sont traités à l'UNTA/CS? Pourquoi ?
- Les enfants respectent-ils les rendez-vous prescrits par le personnel de santé ?
- Pour quelles raisons certains enfants abandonnent-ils leur traitement ?

✓ **PHÉNOMÈNE DE « REJET »**

Avez honte de voir votre enfant dans cet état ? Avez-vous été rejeté par les siens ? Avez-vous déjà été au CS et on vous refuse les soins ?

- Y a –t-il des enfants qui sont conduit au centre mais qu'on rejette?
- Quelles sont les raisons de rejet ?
- Acceptent-ils les raisons données par l'IT ?

✓ **BARRIERES**

Dans votre village, il y a t- il des enfants comme les votre (malades) qui ne sont jamais ou pas été amenés au CS ? si oui pourquoi ?

- Raisons en rapport avec la communauté (famille, entourage, RECO...)
- Raisons en rapport avec le CS (personnels, intrants...)

✓ **STIGMATISATION**

- De quel œil la communauté vous regarde par rapport à l'état de votre enfant ?
- Que disent les voisins, les autres membres de la famille... ?

✓ **PERCEPTION DE LA COMMUNAUTÉ DU SERVICE UNTA**

D'après vous le service UNTA c'est quoi ? Comment vous le trouvez ?

✓ **AMELIORATIONS/RECOMMANDATIONS**

Que voulez vous qu'on fasse pour améliorer le service UNTA de votre village ?

5. AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)

✓ DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC

○ Connaissent et jouent leur rôle

1. Pourriez-vous énumérer les rôles/les tâches et les responsabilités d'un RECO dans les activités de la PCIMA ?
2. Avez-vous reçu la formation en PCIMA ?

○ Explication aux mères

1. Quels sont les thèmes que vous avez l'habitude de développer avec les mères en rapport avec la nutrition ?
- Référence et suivi
1. Quelles sont les difficultés rencontrées pour les références et le suivi ?
2. Pourriez-vous décrire brièvement votre calendrier des VAD (suivi) ? respectez-vous ce calendrier ?
3. Combien de cas avez-vous référer depuis cette deuxième phase ?

✓ REJETS

1. Etes vous facilement acceptés dans la communauté lors de vos activités (sensibilisation ; dépistages et autres) ?

✓ QUESTION SUR LE REFUS DE RÉFÉRENCE ET L'ABANDON

1. Rencontrez-vous les cas de refus de référence par les mères? Quelles en sont les raisons?
2. Y a-t-il des cas d'abandon dans votre entité? Quelles en sont les raisons?
3. Que faites vous en cas de refus de références quelles et en cas d'abandon.

✓ COMMUNICATIONS AVEC CS

1. A quelle fréquence (période) avez-vous l'habitude de faire vos rapports au CS ?

✓ OPINION SUR LE SERVICE UNTA

1. Quelles sont vos impressions sur l'organisation du service UNTA dans votre Aire de santé.

✓ MOTIVATION

1. Êtes-vous pris en charge par le programme en termes de prime ou autres ?

✓ AMELIORATIONS/RECOMMANDATIONS

1. Pourriez-vous nous donner quelques pistes de solutions pour améliorer le programme PCIMA dans votre Aire de Santé ?
2. Avez-vous des recommandations à formuler (envers le CS et autres) ?

6. PERSONNEL DU CS

- ✓ IMPLICATION DANS LE SERVICE UNTA
 1. Pouvez-vous nous donner l'effectif d'agent du CS formés dans la PCIMA?
 2. Comment vous organisez vous pour dépistage actif au sein de votre AS?

- ✓ DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE
 1. Faites vous des dépistages systématiques au sein de la structure ?

- ✓ SOURCE DU REFERENCE
 1. D'ou viennent (source) les cas pris en charge au niveau de votre structure ? Veuillez en indiquer les proportions.

- ✓ SYSTÈME DE REFERENCE (UNTI)
 1. Que faites vous pour de cas qui nécessitent une prise en charge à l'UNTI ?

- ✓ REJET
 1. Le personnel du CS est il accepté par les mères pour la prise en charge de leurs enfants ?

- ✓ ABANDONS
 1. Rencontrez-vous des cas d'abandon ? Si oui énumérez les différentes raisons de ces abandons.
 2. Que faites vous en cas d'abandon ?

- ✓ QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS/ BARRIERES
 1. Pensez vous que tous les enfants malnutris de votre AS sont prise en charge par le programme? Sinon quels en sont les obstacles?
 2. Selon vous qu'est ce qui pourrait empêcher à la mère d'un enfant mal nourri d'amener son enfant au programme?

- ✓ COMMUNICATIONS ASC/ECD/ACF
 1. Faites vous régulièrement le suivi des Reco ?
 2. Êtes-vous supervisés dans vos activités? Par qui (ECZ/ACF) ?

- ✓ RUPTURE DE STOCKS
 1. Aviez vous connu des ruptures de stock ?si oui pourriez vous nous donner le calendrier de rupture ?

- ✓ APPRÉCIATION DU SERVICE
 1. Quel est votre opinion sur l'organisation du service de nutrition (UNTA et UNTI) dans votre Aire de santé?

✓ SURCHARGE DE TRAVAIL

1. Que dites vous de votre charge horaire ?

✓ AMELIORATIONS/RECOMMANDATIONS

1. Pourriez-vous nous donner quelques éléments de solutions pour améliorer le programme PCIMA dans votre Aire de Santé ?
2. Avez-vous des recommandations à formuler (envers les Reco et autres) ?

7. AGENTS ONG : TERRAIN et PROGRAMME

1. Quel est votre appui au programme PCIMA dans la zone de santé?
2. Combien de prestataires et RECOs avez-vous formé?
3. Que ce qui a motivé la formation de ce nombre de ces prestataires et de ces RECOs ?
4. Le nombre de Prestataires et de RECOs est-il suffisant pour la bonne marche des activités?
5. Etes-vous satisfait de la prestation de service des prestataires et de RECO?
6. Quels sont les intrants que vous apportez au programme PCIMA dans la zone de santé?
7. Quel est votre calendrier d'approvisionnement des structures nutritionnelles?
8. Comment pouvez-vous expliquer les ruptures de stock en intrants nutritionnels dans certaines structures nutritionnelles de la zone de santé?
9. Quelles sont les activités que vous organisez avec les CS, les ASC et la communauté?
10. Organisez-vous des VAD? Si oui, Quand et à quelles occasions?
11. A quel rythme faites-vous les supervisions dans les structures nutritionnelles?

8. ECD/MSP

1. Quelle est la prévalence de la malnutrition dans la zone de santé?
2. Pensez-vous que la malnutrition pourrait constituer un problème de santé pour la population de votre zone?
3. Combien de formation en nutrition avez-vous organisé en faveur du programme?
4. Combien de personnel formés en nutrition avez-vous dans le district?
5. Quels sont les personnels impliqués dans le PCIMA au niveau communautaire?
6. Quels sont les critères de dépistage appliqués au niveau communautaire?
7. Vers quelles structures les références communautaires sont-ils orientées?
8. Combien coute la facture pour la prise en charge d'un malnutri dans les structures nutritionnelles de la zone?
9. Quels sont les intrants nutritionnels que vous mettez à la disposition des structures nutritionnelles?
10. Qui vous approvisionne en intrants nutritionnels?
11. Quel est le moyen dont vous utilisez pour acheminer les intrants vers les structures nutritionnelles?
12. Quels sont vos partenaires en nutrition dans la zone de santé?
13. Quel rapport entretenez-vous avec vos partenaires?
14. Etes-vous satisfait de la collaboration avec vos partenaires nutritionnels?

Annexe 4 : Chronogramme de l'enquête

Activité préliminaire : Préparation du guide d'entrevue + travail terrain : Terminologie + Calendriers + informateurs (1 jour)

3-5 jours	2-3 jours	2-3 jours	1 jour
<p>ÉTAPE 1 : Identification des zones de couverture faible et élevée : données de routine du programme, données quantitatives additionnelles et données qualitatives</p>	<p>ÉTAPE 2 : Confirmation des zones de couverture faible et élevée ainsi que les raisons pour la faible couverture identifiées à l'étape 1 – Confirmation d'hypothèses</p>	<p>ÉTAPE 3 : Estimation de la couverture du programme à l'aide de la technique bayésienne</p>	<p>Recommandations et plan d'action</p>
<p>Données quantitatives : voir fiche « analyse des données quantitatives »</p> <ul style="list-style-type: none"> . Analyse des données de tendance . Analyse des données « admissions » . Analyse des données « abandons » . Répartition géographique de la couverture selon le nombre d'admissions/abandons par villages, présence/absence d'ASC . Calendrier des ruptures (ATPE/médicaments)/Programme/par CSPS <p>Données qualitatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sources et méthodes (ethnies si applicable) . Triangulation . Exhaustivité 	<p>Petite étude :</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> . MAS dans le SFP . Suivi des abandons <p>Petite enquête : sur groupes de population</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> . nomades vs sédentaires . groupes religieux . ethnies <p>Petite enquête géographique :</p> <p>distribution spatiale de la couverture</p> <ul style="list-style-type: none"> . zone de couverture faible . zone de couverture élevée 	<p>Priori : (1jour)</p> <p>Estimation de la couverture à Priori basée sur la triangulation et l'exhaustivité des sources et méthodes (info des étapes 1 et 2).</p> <p>Plusieurs méthodes de calculs peuvent être utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> . histogramme des probabilités basées sur la <ul style="list-style-type: none"> distribution des croyances . BBQ avec « poids » . BBQ avec poids égal . Concept maps (schémas conceptuels) <p>Évidence Vraisemblable : (2jours)</p> <p>RAC sur l'ensemble de la zone d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Échantillon spatial . Taille de l'échantillon : au moins égal à la <ul style="list-style-type: none"> « force » de la Priori <p>Posteriori :</p> <p>Estimation de la couverture à posteriori</p> <ul style="list-style-type: none"> . Calculateur Bayes-SQUEAC 	<p>Recommandations basées sur des informations rationnelles (selon la source)</p> <p>Plan d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> . stratégie . activités . indicateurs . échéances pour suivi/évaluation . acteurs

Annexe 5 : Terminologie et liste des informateurs clé

I Terminologies

- **Kisekedi:** terme qui désigne le malheur/souffrance faisant allusion à la période de crise des années 1990. Ici il désigne la maigreur+œdème
- **Bwaki:** œdème + cheveux défrisés+ desquamation de la peau
- **Kivugo/Kivubo :** Kwashiorkor accompagné d'érythème fessier et un manque d'appétit

II Informateurs clés

- 1 Communauté
- 2 Autorité locales (Pasteurs, chef de groupement, chef du village, chef de quartier etc)
- 3 Tradi – Praticiens
- 4 Mère des bénéficiaires UNTA
- 5 Relais communautaire
- 6 Personnel de centre de santé

Annexe 6 : Sources d'informations

		Jours de marchés						
	Aires de Santé	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1	KASSA						1	1
2	LUPIMBI	1	1	1	1	1	1	1
3	MISWAKI						1	1
4	NYALUBWE	1	1	1	1	1	1	1
5	TUKUMBI	1	1	1	1	1	1	1
6	TUNTUNGULU						1	1

Connaissances des signes de la malnutrition dans la communauté

- 1 Enfants gonflés (joue, visage, corps)
- 2 Changement de couleur (coloration peau, cheveux)
- 3 Plaie aux pieds
- 4 Pas d'appétit
- 5 Enfant fatigue
- 6 Diarrhée

Principales activités actuelles pouvant influencer le déroulement de l'enquête

- 1 Travaux champêtre
- 2 Creusage d'or
- 3 Petit commerce

Annexe 7 : BBQ

BOOSTERS				
N°	Boosters	Source	Simple (5)	Pondération (1 à 5)
1	Bonne connaissance de la malnutrition par la communauté, l'autorité locale et le TPS (Référence des cas MAS à l'UNTA)	1A, 2C, 3C	5	4
2	Premier recours aux soins CS	1A	5	2
3	Bonne connaissance du service UNTA (Bon accueil, suivi des malades)	1A,2C, 7E	5	3
4	Bonne appréciation du service (UNTA)(gratuite des soins) et bonne évaluation des malades (patient)	1A, 2C, 4C, 4B, 5C, 6C, 7E	5	5
5	RECO Actifs (formation des RECO motivation, sensibilisation, dépistage, orientation, VAD, explication des RECO aux mères sur les soins des enfants, référence des cas par les RECO vers le CS, sensibilisation post fermeture du programme sur les aliments locaux)	1A,2C,4B,4B,5C,4C,6C, 7E	5	5
6	Pas de REJET	1A,2C,4B	5	4
7	Explication à la mère sur les soins des enfants par l'IT	4C,6C	5	3
8	Bonne collaboration de l'équipe du CS et RECO (Feed back de l'IT vers les RECO, Réunions mensuelles entre CS/UNTA et les RECO)	5C, 6C	5	3
9	Supervision conjointe programme BCZS	6C	5	3
10	Formation des personnels formés sur le PCIMA (Rapportage des personnels formés en PCIMA, Dépistage passifs par les personnels du CS, Références jointes programme BCZS)	6C, 7E	5	4

BARRIERES			
Barrière	Source	Simple (5)	Pondération (1 à 5)
Distance	1A,2C,6C	5	5
Inondation des rivières (obstacle naturelle)	1A, 2C, 4B	5	5
Insécurités	1A, 2C, 4B,6C	5	5
Approvisionnement tardif des intrants	6C,7E	5	3
Non référence des cas par l'autorité locale	2C	5	2
Rupture de stock (intrant)	2C,4C,4B,6C,8E	5	5
Stigmatisation	2C,6C	5	5
Abandons	2C	5	5
Non connaissance des causes de la malnutrition (Non référence des cas par les mères bénéficiaires)	4C, 5C	5	3
Auto médication	4C,7E	5	3
Travaux champêtre (Négligence d'alimentation des enfants, absence de parents, abandons des enfants)	4b	5	3
Pas de collaboration entre RECO et l'autorité locale (Non sensibilisation de l'autorité locales, Pas de feed back des RECO à l'autorité locale, Pas de connaissances sur la prise en charge des enfants)	5C, 2C, 4C, 7E	5	4
Faibles couvertures en eau potable dans la communauté: Autres activités de la communauté	5C	5	3
Insuffisance des personne les des CS formés en PCIMA (Surcharge de travail au CS/UNTA)	6C	5	3

Annexe 8 : Schéma conceptuel

