

## Enquête de couverture SLEAC

(Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié)



Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage

**Communes Rurales du District Sanitaire de Tahoua**  
**Programme de PCMAS appuyé par Concern Worldwide / MSP**

**Du 27 mars au 9 avril 2012**

**Chaibou SAADOU**  
Responsable S&E du programme santé-Nutrition  
Concern Worldwide Niger  
Tél. +227 98 13 84 19 / 90 23 54 59  
Email [chaibou.saadou@concern.net](mailto:chaibou.saadou@concern.net)  
[Chaib3@yahoo.fr](mailto:Chaib3@yahoo.fr)



## Définition de la couverture

La couverture désigne le pourcentage d'enfants sévèrement malnutris qui sont pris en charge (sous traitement au CRENAS) par rapport à l'ensemble des enfants sévèrement malnutris. Il existe deux types de couverture : la couverture actuelle et la couverture période.

- La couverture actuelle fait référence à la proportion d'enfants malnutris aiguë sévères (MAS) en traitement dans les CRENAS par rapport à l'ensemble d'enfants MAS recensés
- La couverture période tient compte en plus des enfants MAS ceux qui ne le sont plus (c'est-à-dire enfants dont la mesure du périmètre brachial est  $\geq 115$  mm au moment de l'enquête) mais qui continuent le traitement dans les CRENAS. Elle est donnée par le rapport

$$\frac{\text{Nombre d'enfants dans le programme (MAS ou pas)}}{\text{Total d'enfants dans le programme (MAS ou pas) + Nombre de cas MAS non couvert}} \times 100$$



Les enfants en traitement dans les CRENAS avec un  $PB \geq 115$  mm au moment de l'enquête seront appelés « Enfants en voie de guérison » dans ce rapport.

## Table des matières

Résumé	VI
I. Introduction	1
II. Objectifs	2
III. Méthodologie	2
IV. Résultats	8
IV.1 Classification actuelle de la couverture	8
IV.1.1 Couverture globale	8
IV.1.2 Couverture zone appuyée par Concern	9
IV.1.3 Couverture zone appuyée par MSP/WV	11
IV.2 Classification période de la couverture	12
IV.2.1 Couverture globale	12
IV.2.2 Couverture zone appuyée par Concern	13
IV.2.3 Couverture zone appuyée par MSP/WV	14
IV.3 Estimation de la couverture	15
IV.3.1 Couverture globale dans les six communes	15
IV.3.2 Couverture Programme Concern Worldwide	16
IV.3.3 Couverture Programme MSP/WV	16
IV.4 Mobilisation communautaire et barrières à l'accessibilité	17
IV. Conclusions et recommandations	20
Bibliographie	21
Annexes	21
Annexe 1: CSI/CRENAS concernés par l'enquête SLEAC	21
Annexe 2 : Résultats globaux du SLEAC	21
Annexe 3 : Carte des CSI et des CS du district sanitaire de Tahoua	23



### Figures

<b>FIGURE 1</b> : CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE _____	6
<b>FIGURE 2</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE _____	9
<b>FIGURE 3</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE – CSI CONCERN _____	10
<b>FIGURE 4</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE – CSI MSP/WV _____	11
<b>FIGURE 5</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – GLOBALE _____	12
<b>FIGURE 6</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – CSI CONCERN _____	14
<b>FIGURE 7</b> : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – CSI MSP/WV _____	15

### Liste des tableaux

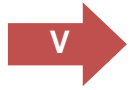
<b>Tableau 1</b> : Population moyenne d'un village par commune _____	3
<b>Tableau 2</b> : Nombre de villages enquêtés par commune _____	4
<b>Tableau 3</b> : Classification Actuelle de la Couverture globale _____	8
<b>Tableau 4</b> : Classification Actuelle de la Couverture - CSI Concern Worldwide _____	10
<b>Tableau 5</b> : Classification actuelle de la couverture - CSI MSP/WV _____	11
<b>Tableau 6</b> : Classification période de la Couverture globale _____	12
<b>Tableau 7</b> : Classification période de la Couverture - CSI Concern Worldwide _____	13
<b>Tableau 8</b> : Classification période de la Couverture - CSI MSP/WV _____	14

### Abréviations

<b>CRENAS</b>	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Sévères
<b>CRENAM</b>	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Modérés
<b>CS</b>	Case de Santé
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>LQAS</b>	Lot Quality Assurance Sampling
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique (fait allusion de fois au district sanitaire Tahoua)
<b>MAS</b>	Malnutrition (malnutris) Aiguë Sévère (s)
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCMA</b>	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë



## Evaluation de la couverture des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère



**PCMAS**

Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë Sévère

**PB**

Périmètre Brachiale

**SLEAC**

Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) simplifié

**WV**

World Vision



## Résumé

L'objectif de cette enquête est de fournir une classification et une estimation globale de la couverture du programme PCMA pour les six communes rurales du district sanitaire de Tahoua et en particulier dans la zone d'intervention de Concern Niger dans ces communes.

Le travail a été réalisé suivant la méthodologie SLEAC.

Ainsi, deux types de couverture ont été étudiés : couverture actuelle et couverture période. Aussi, des informations limitées sur les barrières à l'accessibilité au programme ont été collectées.

Tout comme dans l'enquête SLEAC d'août 2011, l'équipe a opté pour une classification de la couverture à trois niveaux : faible, moyenne et élevée. Par suite, les standards suivants avaient été décidés :

1. Faible : couverture <30%
2. Moyenne : couverture entre 30% et 50%
3. Elevée : couverture > 50%

Les résultats suivants ont été obtenus :

	<b>Globale</b>	<b>Zone Concern</b>	<b>Zone MSP/ par WV</b>
<b>Classification actuelle</b>	Elevée	Elevée	Moyenne
<b>Classification période</b>	Elevée	Elevée	Elevée
<b>Estimation actuelle</b>	65.09% (56.41% - 73.77%)	71.23% (61.65% - 80.80%)	62.24% (41.46% - 83.01%)
<b>Estimation période</b>	77.77% (72.84% - 82.70%)	82.86% (77.73% - 87.99%)	73.38% (55.51% - 91.26%)

On retiendra alors que l'estimation de la couverture, qu'elle soit actuelle ou période, globale ou désagrégée par partenaire, dans les communes rurales du district sanitaire de Tahoua est supérieure aux normes minimales internationales Sphère d'une couverture élevée (50% pour un milieu rural).

La classification actuelle globale est élevée pour trois communes, moyenne pour deux et faible pour une seule commune. A l'exception de Takanamatt qui a une couverture période faible, toutes les cinq autres communes réalisent une couverture élevée.

Les résultats par partenaire révèlent une meilleure performance pour Concern qui réalise une couverture actuelle et période de 71.23% et 82.86% respectivement contre 62.24% et 73.38% pour le district et World Vision.



## Evaluation de la couverture des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

VII

La plupart des parents des enfants MAS non couverts rencontrés dans le cadre de l'enquête (69.5%) ne savaient pas que leurs enfants étaient malnutris. Sinon la majorité des répondantes (54.2%) connaissent l'existence d'un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë.

Pour les mères/accompagnantes qui connaissent la malnutrition, plusieurs raisons ont été citées pour expliquer la raison du non enregistrement des enfants dans un programme de prise en charge ; mais seule la distance enregistre un score élevé (21.9% des citations).

L'analyse comparative des résultats par commune et en fonction de la présence ou non d'un dispositif actif de mobilisation communautaire démontre l'impact positif de la mobilisation communautaire dans la lutte contre la malnutrition aiguë.

En effet, on note dans la zone appuyée par Concern, une grande différence entre la couverture brute dans le rayon de couverture de la mobilisation communautaire (qui est de 64.29%) et la couverture brute pour les villages distants de plus de 15 kilomètres (36.00%).

Le tableau suivant montre les principaux résultats comparés à l'évaluation SLEAC faite en août 2011.

	<b>Août 2011</b>	<b>Mars 2012</b>	<b>Ecart</b>
<b>Couverture globale</b>			
Actuelle	40.90% (34.19% - 47.60%)	65.09% (56.41% - 73.77%)	<b>24.19%</b>
Période	57.34% (51.81% - 62.86%)	77.77% (72.84% - 82.70%)	<b>20.43%</b>
<b>Couverture Concern</b>			
Actuelle	41.45% (33.41% - 49.48%)	71.23% (61.65% - 80.80%)	<b>29.78%</b>
Période	58.14% (51.27% - 65.01%)	82.86% (77.73% - 87.99%)	<b>24.72%</b>
<b>Couverture MSP/WV</b>			
Actuelle	43.48% (37.55% - 49.4%)	62.24% (41.46% - 83.01%)	<b>18.76%</b>
Période	-	73.38% (55.51% - 91.26%)	-

Les couvertures actuelle et période réalisées en mars 2012 sont nettement supérieures à celles enregistrées en août 2011 quelque soit la zone considérée.

De même, les classifications actuelle et période sont meilleures cette fois-ci malgré le fait que les seuils de classification ont été revus à la hausse (par exemple, une couverture de 25% était classée moyenne en août alors qu'elle serait classée faible en mars 2012).



## I. Introduction

Présente au Niger depuis 2003, Concern Worldwide a commencé les activités de la Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA) dans la région de Tahoua en 2005. Chef de file des partenaires techniques et financiers du gouvernement du Niger dans le domaine de la santé pour la région de Tahoua depuis juin 2007, l'organisation représente le principal partenaire du district sanitaire de Tahoua dans le domaine de la santé et de la nutrition. Entre autres activités, Concern appuie 19 des 28 CSI que compte ce district dans la prise en charge de la malnutrition aiguë.

La performance réelle d'un programme PCMA peut être évaluée à travers sa couverture. La qualité de la prise en charge est toujours importante mais la couverture est l'indicateur qui assure la plus grande contribution à la réussite. Car, si le nombre d'enfants qui bénéficient du traitement est faible, l'impact du programme sera limité. L'efficacité du service est donc fonction de la couverture et de l'efficacité clinique.

Après évaluation de l'impact réel du programme de PCMA conduite en août 2011 dans les six communes rurales du district de Tahoua, Valid International, alors expert en matière d'évaluation de la couverture, a recommandé à Concern Niger d'organiser régulièrement des enquêtes SLEAC à intervalles de six mois afin d'assurer l'efficacité de ses interventions.

Le présent rapport décrit brièvement le processus et présente les résultats de la première enquête SLEAC organisée dans ce sens.

Le contexte est caractérisé par la fin des travaux champêtres (une des barrières à la recherche des soins pour les enfants malnutris d'après le SLEAC d'août 2011) et le début du recensement des bénéficiaires Blanket Feeding par l'ONG Reform dans la zone (pouvant occasionner des références d'enfants malnutris vers les centres de prise en charge bien que les rapports statistiques CRENAS ne montrent pas d'augmentation très significative des admissions en mars comparativement aux mois de janvier et février 2012).





## II. Objectifs

L'objectif clé de l'enquête est d'évaluer la couverture des Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Sévères (CRENAS) dans les 6 communes rurales du DS de Tahoua.

Les objectifs spécifiques sont de :

- Classifier la couverture dans chaque commune
- Estimer la couverture globale pour les 6 communes (si possible désagrégée par partenaire : Concern Worldwide et MSP/World Vision)
- Identifier certaines barrières à l'accessibilité du programme PCMA

Il a été décidé de limiter l'enquête aux communes rurales à cause de la superposition des aires de santé dans les communes urbaines impliquant la difficulté de bien désagréger la couverture.

Au total 23 sites CRENAS ont fait l'objet de l'enquête à travers les six communes rurales<sup>1</sup>. Dans trois communes, Tébaram, Takanamatt et Bambèye, Concern Worldwide appuie tous les CRENAS (12). Dans les communes d'Affala, Barmou et Kalfou, la plupart des CRENAS (6) sont gérés entièrement par le MSP, quatre sont appuyés par Concern Worldwide et un seul appuyé par World Vision. Un tableau qui indique, par commune, les 23 CSI/CRENAS concernés par l'investigation ainsi qu'une carte indiquant la localisation des CSI se trouvent en annexes.

## III. Méthodologie

Les principales étapes du SLEAC et les décisions prises pour sa conception à Tahoua sont les suivantes :

- **Unité de classification**

Compte tenu de la superposition des aires de santé des différents CSI dans certaines communes (voir carte en annexe 3), il a été décidé d'utiliser la commune rurale comme unité de classification de la couverture. Une classification par aire de santé aurait impliqué des ressources plus importantes et une durée plus longue pour l'enquête.

---

<sup>1</sup> Le district de Tahoua compte au total 28 CSI avec CRENAS dont 19 appuyés par Concern (3 urbains, 16 ruraux), 6 directement gérés par le MSP (tous ruraux) et 3 appuyés par Word Vision (2 urbains, 1 rural).



- **Taille de l'échantillon**

Dans chaque commune, 40 cas MAS ont été visés. Cette taille d'échantillon est suffisamment importante pour pouvoir classer la couverture avec une marge d'erreur acceptable<sup>2</sup>.

Pour déterminer le nombre de villages à visiter par commune ( $n_{villages}$ ) afin de trouver l'échantillon cible de 40 cas, la formule suivante a été utilisée :

$$n_{villages} = \frac{\text{échantillon cible}}{\text{population moyenne d'un village} \times \%6-59 \text{ mois} \times \text{prévalence MAS}}$$

Sur la base des données disponibles, les populations moyennes par village sont les suivantes :

**Tableau 1 :** Population moyenne d'un village par commune

Commune	Population moyenne par village
Affala	683
Bambèye	1249
Barmou	801
Kalfou	1389
Takanamatt	499
Tébaram	853

L'enquête SMART de décembre 2011 donnant une prévalence de la MAS de 1.7% pour le district de Tahoua, une prévalence de 1.5% a été utilisée compte tenu de la différence d'approche entre les échantillonnages SMART et SLEAC<sup>3</sup>.

La proportion d'enfants 6 – 59 mois dans la population étant de 16.7% sur la base des données collectées en décembre 2011, les nombres de villages à visiter par commune pour atteindre l'échantillon cible de 40 cas MAS figurent dans le tableau ci-après :

<sup>2</sup> Il est aussi possible de calculer un échantillon dont la taille est proportionnelle à la population de chaque commune avec un calculateur LQAS qui se trouve à : [http://www.fantaproject.org/calculators/samplesize\\_calculator.shtml](http://www.fantaproject.org/calculators/samplesize_calculator.shtml). L'échantillon standard de 40 cas a été utilisé pour s'assurer de trouver un nombre suffisant de cas.

<sup>3</sup> L'échantillon SMART est proportionnel à la population pendant que l'échantillon SLEAC a une représentativité spatiale.



Tableau 2 : Nombre de villages enquêtés par commune

Commune	# villages
Affala	24
Bambèye	13
Barmou	20
Kalfou	12
Takanamatt	33
Tébaram	19
<b>Total</b>	<b>121</b>

- **Conception de l'échantillonnage**

Deux étapes ont été utilisées pour l'échantillonnage :

**Première étape** : Une méthode spatiale d'échantillonnage est essentielle pour le SLEAC. La distribution spatiale des villages sélectionnés doit couvrir toute la zone géographique d'intervention<sup>4</sup>. Les villages visités ont été ainsi sélectionnés de façon aléatoire à l'issue d'un tirage systématique sur la base de la liste complète de tous les villages par commune stratifiée par aire de santé.

**Deuxième étape** : Une méthode active et adaptative a été utilisée pour la recherche des cas MAS dans les villages sélectionnés.

Pour se faire, les expressions locales désignant la diarrhée, la maigresse, le marasme, le kwashiorkor,... avaient déjà été identifiées. Et, en plus l'utilisation des informateurs clés dans chaque village, il a été demandé à chaque tutrice d'enfant visité si elle connaissait d'autres enfants qui présenteraient les mêmes caractéristiques (au cas où son enfant est malnutri) ou qui seraient plus maigres que le sien (si l'enfant n'est pas malnutri).

De même, tous les enfants du village en traitement dans les CRENAS ont été visités pour le besoin de l'évaluation.

---

<sup>4</sup> Un échantillon proportionnel à la population (comme pour les enquêtes SMART) n'est pas approprié pour une enquête de couverture parce que cette méthode favorise les plus grandes communautés, ce qui entraîne le risque de surestimer la couverture.



- **Collecte de données**

La collecte de données sur le terrain a été réalisée par cinq équipes de deux enquêteurs et un superviseur bien formés<sup>5</sup> sur la méthodologie de l'évaluation. Un questionnaire a été administré avec les parents des cas non couverts. Pour les cas couverts il était nécessaire de déterminer le CSI fréquenté afin de savoir si l'enfant était couvert par un CSI appuyé par Concern Worldwide ou par un CSI géré par le MSP/appuyé par World Vision.

- **Classification de la couverture**

La classification de la couverture a été faite suivant la technique Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) simplifiée. Une évaluation de type SLEAC stipule de déterminer au préalable les seuils qui seront utilisés dans la classification. Cette dernière peut à deux niveaux ou plusieurs niveaux.

Tout comme dans l'enquête SLEAC d'août 2011, l'équipe a opté pour une classification de la couverture à trois niveaux : faible, moyenne et élevée pour fournir une classification plus détaillée. Les standards suivants ont été décidés par l'équipe :

Faible : <30%

Moyenne : 30%-50%

Elevée : >50%

Le standard pour avoir une classification élevée en milieu rural est d'avoir >50% des cas de malnutrition aiguë sévère couverts (pris en charge) par le programme. Le seuil <30% a été retenu pour définir une zone à couverture faible. De ce fait, les zones dont les cas MAS couverts représentent entre 30% et 50% de l'ensemble des cas MAS trouvés auront une classification moyenne.

Le calcul suivant a été appliqué aux résultats de chaque commune pour déterminer les seuils ( $d_1$  et  $d_2$ ) pour distinguer entre les différentes classes :

$$d_1 = n \times p_1 = n \times \frac{30}{100} = \frac{3n}{10} \qquad d_2 = n \times p_2 = n \times \frac{50}{100} = \frac{n}{2}$$

Le  $n$  représente le nombre total de cas trouvés par commune,  $p_1$  représente le seuil inférieur qui sépare la classe faible de la classe moyenne (30% dans notre cas) et  $p_2$  le seuil supérieur qui sépare la classe moyenne de la classe élevée (50% dans notre cas).

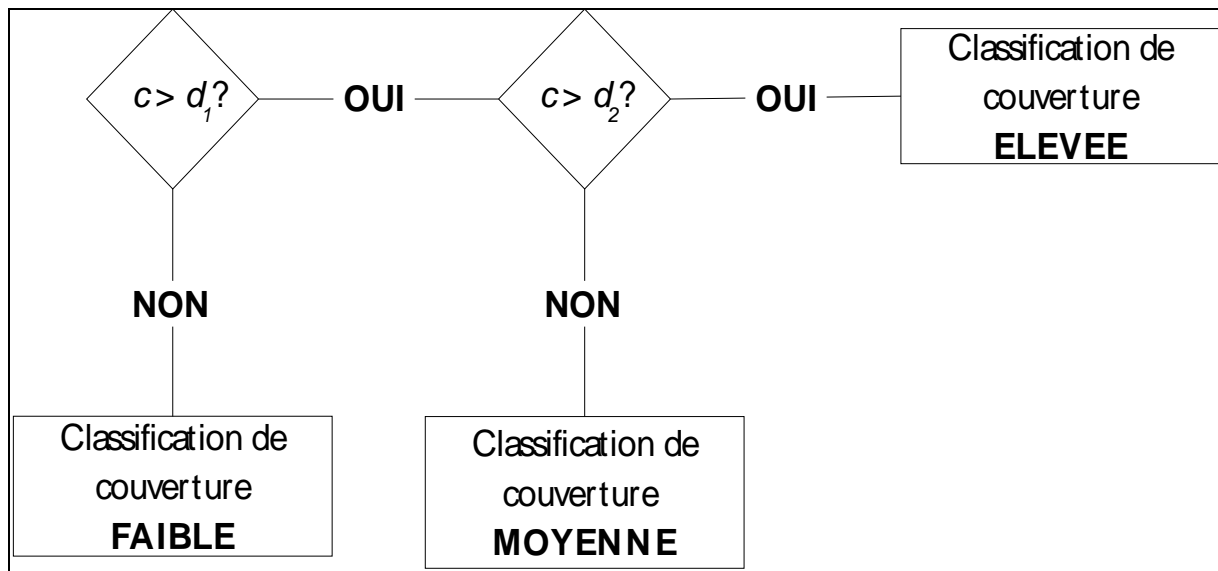
---

<sup>5</sup> L'évaluation de la formation donne une note moyenne de 16/20



La classification de la couverture a été calculée suivant le processus présenté dans la figure 1 ci-dessous (comparaison du nombre de cas couverts « c » avec les deux seuils  $d_1$  et  $d_2$ ).

*FIGURE 1: CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE*



- **Calcul de la couverture**

Pour estimer la couverture il faut d'abord appliquer une pondération aux résultats de chaque commune compte tenu de son poids démographique. Le calcul pour la pondération (p) était le suivant :

$$p = \frac{N}{\sum N}$$

Où :

N = population de la commune x % d'enfants de 6-59 mois x prévalence de la MAS

Le calcul pour estimer la couverture actuelle était :

$$\text{Couverture} = \sum \left( \frac{p \times c}{n} \right)$$

Où :

c = nombre de cas couverts

n = nombre total de cas trouvés



Dans les enquêtes de couverture deux types de couverture sont généralement calculés :

**La couverture actuelle** inclut uniquement les enfants qui sont sévèrement malnutris au moment de l'enquête. Cette couverture met l'accent sur le dépistage précoce compte tenu du risque de mortalité que les enfants encourent.

Couverture actuelle

$$\frac{\text{Nb d'enfants MAS présentement dans le programme (c)}}{\text{Total d'enfants MAS identifiés (n)}} \times 100$$

**La Couverture de la Période** considère tous les enfants qui sont présentement sous traitement et cela indépendamment de leur état nutritionnel actuel (les enfants qui sont sévèrement malnutris et les enfants en voie de guérison y sont inclus). Cette couverture met l'accent sur le fait que la réhabilitation d'un enfant malnutri est un processus et non pas une action transversale.

Couverture de la période

$$\frac{\text{Nb d'enfants dans le programme (MAS ou pas)(c)}}{\text{Total d'enfants dans le programme (MAS ou pas) + Nb de cas MAS non couvert (n)}} \times 100$$



## IV. Résultats

### IV.1 Classification actuelle de la couverture

#### IV.1.1 Couverture globale



Infirmière superviseur de Concern (en vert) en appui technique à l'agent chargé du CRENAS au CSI de Bambèye lors de la prise en charge

Pour la couverture actuelle les communes d'Affala, Bambèye et Kalfou ont une classification élevée, Barmou et Tébaram ont une classification moyenne tandis que la commune de Takanamatt est la seule à avoir une classification faible. Globalement la classification actuelle est ainsi élevée.

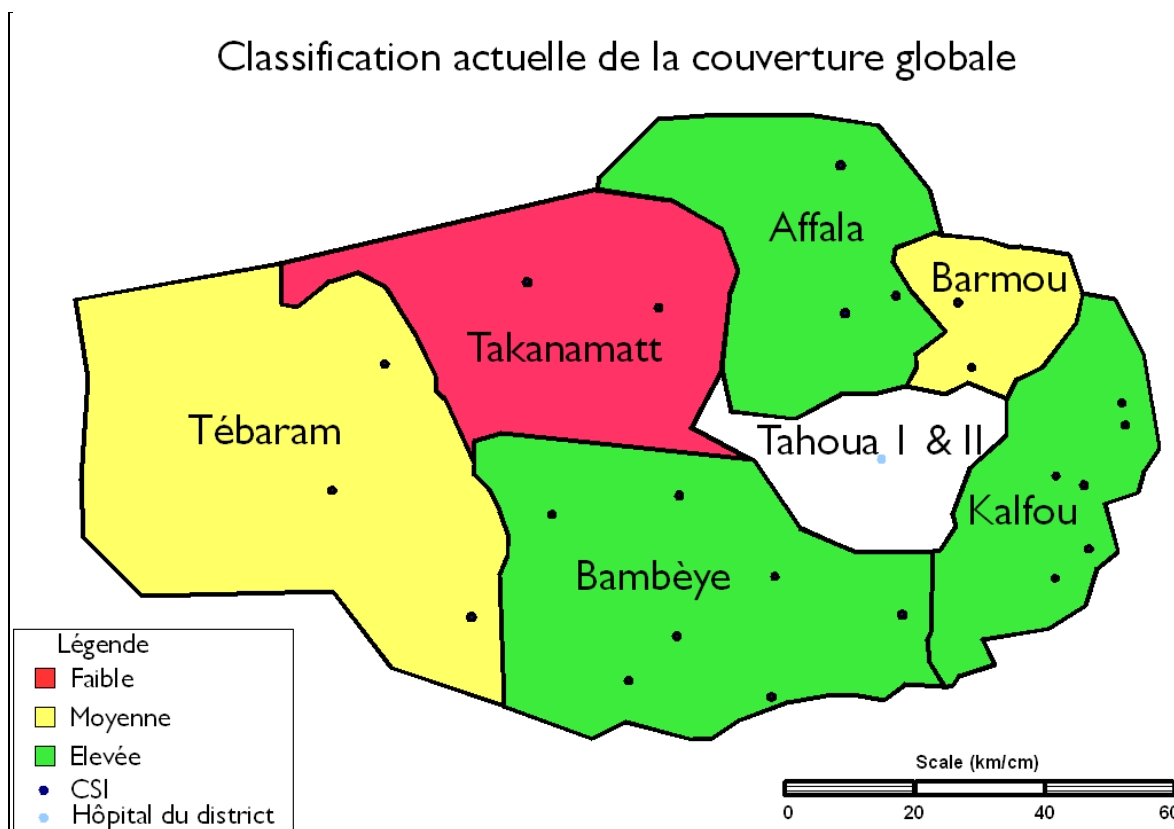
Le tableau 3 indique les résultats par commune pour classification de la couverture actuelle et la figure 1 présente les mêmes informations sous forme cartographique.

**Tableau 3 :** Classification Actuelle de la Couverture globale

Commune	Total MAS trouvés (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts (c)	Classification
Affala	13	3	6	7	Elevée
Bambèye	19	5	9	15	Elevée
Barmou	41	12	20	19	Moyenne
Takanamatt	18	5	9	4	Faible
Tébaram	22	6	11	11	Moyenne
Kalfou	18	5	9	15	Elevée
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>71</b>	<b>Elevée</b>



*FIGURE 2: CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE*



#### IV.1.2 Couverture zone appuyée par Concern

Globalement la classification actuelle pour le programme PCMA appuyé par Concern Worldwide est élevée. Toutefois, certaines différences ont été constatées entre les communes. En effet, pendant que dans quatre communes les aires de santé appuyées par l'ONG ont une couverture élevée, les communes de Tébaram et Takanamatt toutes deux entièrement appuyées par Concern ont une couverture moyenne et faible respectivement.

Il est important de retenir que ces deux communes font parties des plus vastes du département avec encore moins de CSI comme le montre la figure 3 ci-après.

Le tableau 4 ci-après indique les résultats par commune pour le programme de Concern.

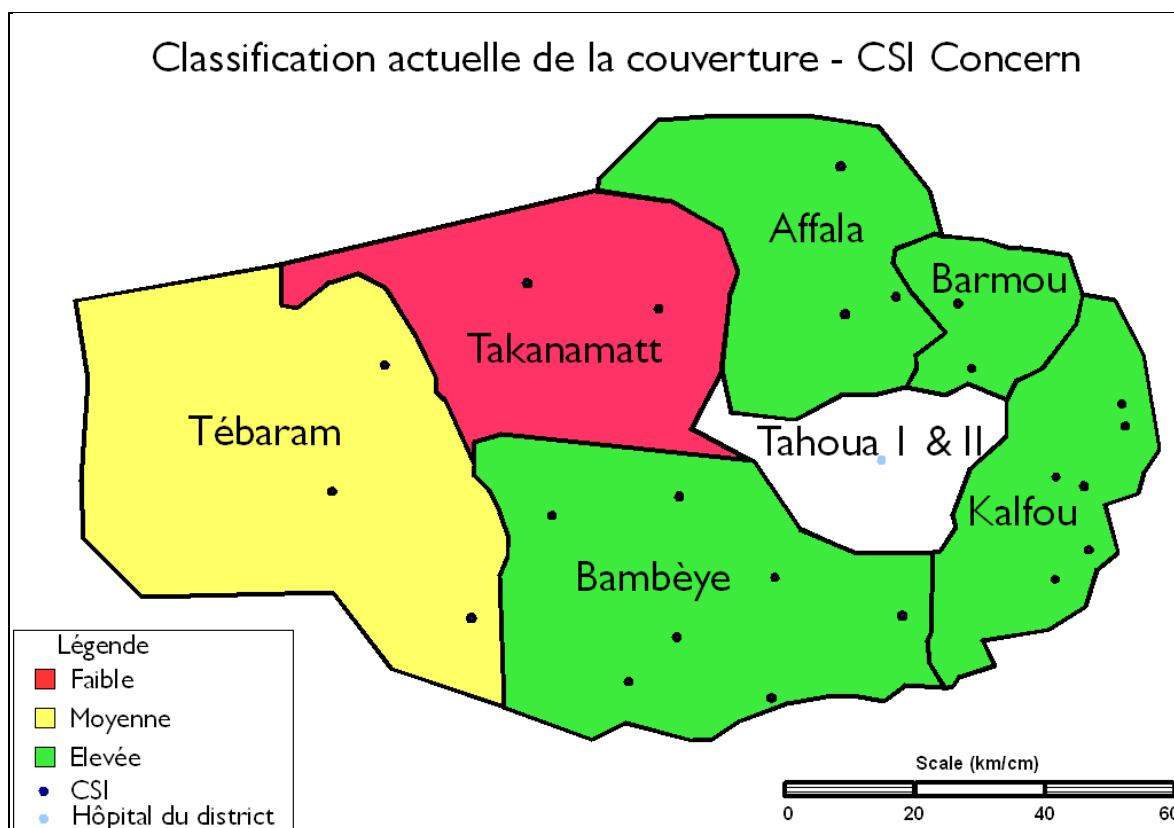




**Tableau 4 :** Classification Actuelle de la Couverture - CSI Concern Worldwide

Commune	Total MAS trouvés (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts (c)	Classification
Affala	6	1	3	4	Elevée
Bambèye	19	5	9	15	Elevée
Barmou	26	7	13	16	Elevée
Kalfou	4	1	2	4	Elevée
Takanamatt	18	5	9	4	Faible
Tébaram	22	6	11	11	Moyenne
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>Elevée</b>

*FIGURE 3 : CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE – CSI CONCERN*





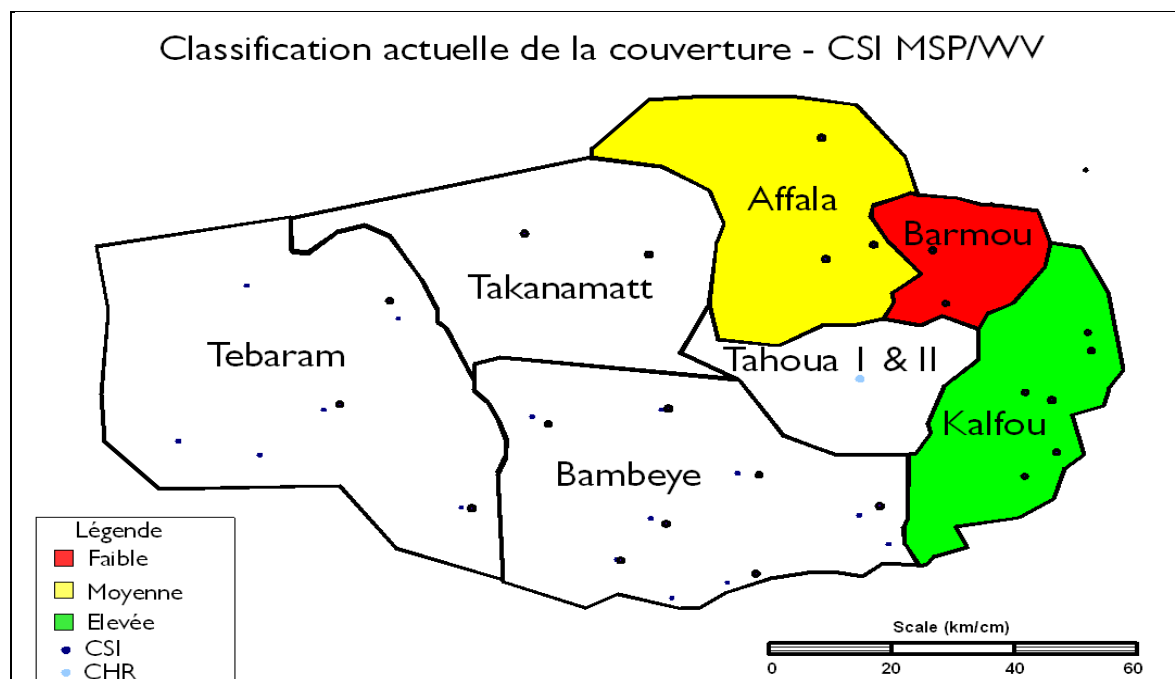
### IV.1.3 Couverture zone appuyée par MSP/WV

Pour les CSI gérés par le MSP/WV la classification globale actuelle de la couverture est moyenne. La désagrégation donne une classification élevée pour la zone de Kalfou, moyenne pour Affala et faible pour Barmou. Ci-dessous les résultats pour les aires de santé appuyées par MSP/WV dans les trois communes rurales<sup>6</sup>.

**Tableau 5 :** Classification actuelle de la couverture - CSI MSP/WV

Commune	Total MAS trouvés (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts (c)	Classification
Affala	7	2	3	3	Moyenne
Barmou	15	4	7	3	Faible
Kalfou	14	4	7	10	Elevée
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>Moyenne</b>

**FIGURE 4 :** CARTE DE LA CLASSIFICATION ACTUELLE – CSI MSP/WV



<sup>6</sup> Tous les CSI des trois autres communes rurales sont appuyés par Concern et aucun enfant habitant les aires de santé de ces centres n'est pris en charge par un CSI appuyé par le district ou par World Vision.



## IV.2 Classification période de la couverture

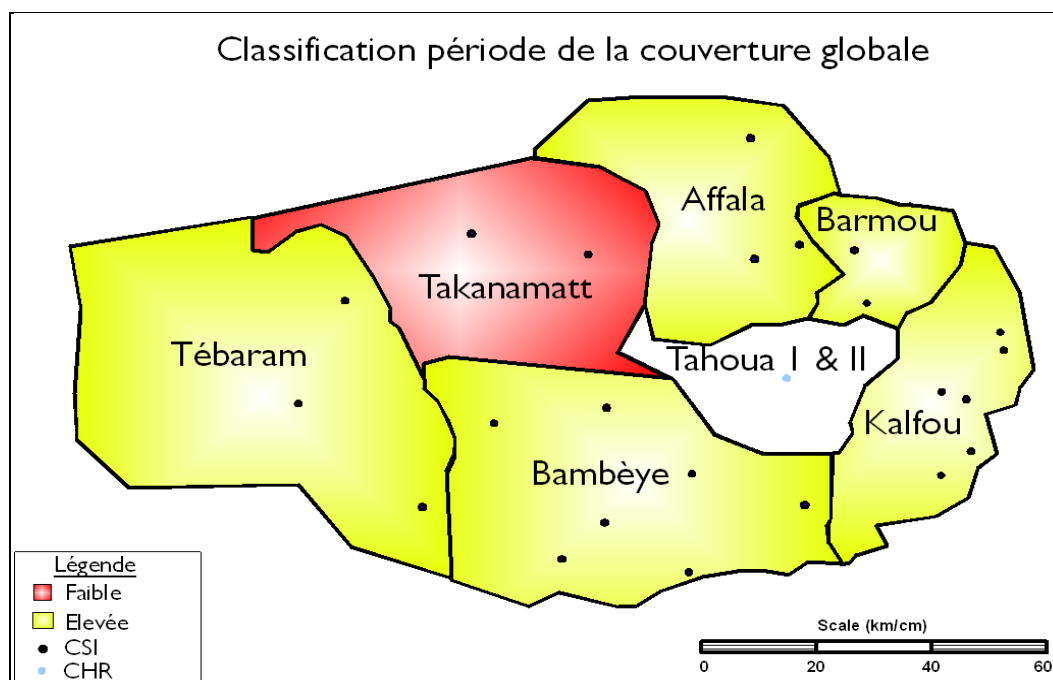
### IV.2.1 Couverture globale

A l'exception de Takanamatt qui a une couverture période faible, toutes les cinq autres communes réalisent une couverture élevée. La classification période est alors globalement élevée comme le montre le tableau 6.

**Tableau 6 :** Classification période de la Couverture globale

Commune	Total MAS trouvés + VG (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts + VG (c)	Classification
Affala	31	9	15	25	Elevée
Bambèye	43	12	21	39	Elevée
Barmou	54	16	27	32	Elevée
Kalfou	34	10	17	31	Elevée
Takanamatt	18	5	9	4	Faible
Tébaram	46	13	23	35	Elevée
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>67</b>	<b>113</b>	<b>166</b>	<b>Elevée</b>

*FIGURE 5 : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – GLOBALE*





#### IV.2.2 Couverture zone appuyée par Concern

Globalement, la classification période pour le programme PCMA appuyé par Concern Worldwide est élevée de même que dans (les aires de santé appuyées par Concern de) toutes les communes excepté Takanamatt qui enregistre une couverture faible.

Le tableau 7 indique les résultats par commune pour le programme de Concern.

**Tableau 7 :** Classification période de la Couverture - CSI Concern Worldwide

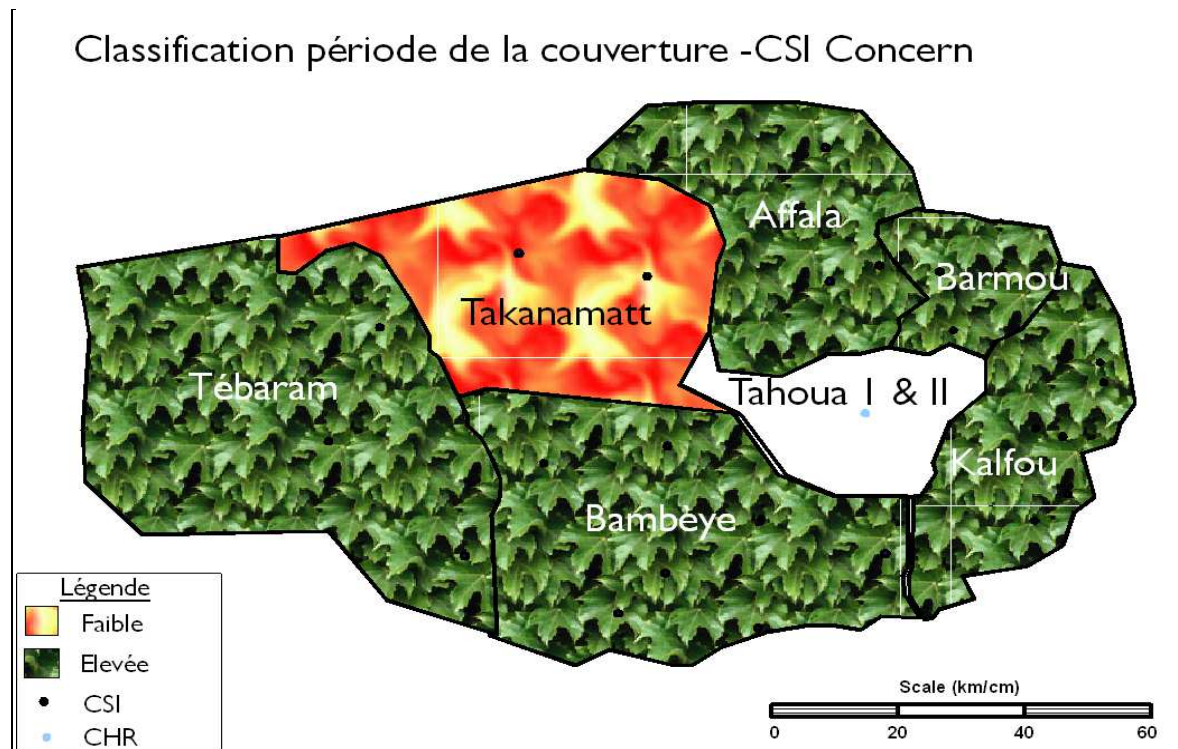
Commune	Total MAS trouvés + VG (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts + VG (c)	Classification
Affala	22	6	11	20	Elevée
Bambèye	43	12	21	39	Elevée
Barmou	35	10	17	26	Elevée
Kalfou	14	4	7	14	Elevée
Takanamatt	18	5	9	4	Faible
Tébaram	46	13	23	35	Elevée
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>53</b>	<b>89</b>	<b>138</b>	<b>Elevée</b>

La couverture est plus faible dans la commune de Takanamatt. C'est probablement à cause du faible nombre de CSI (deux pour une population de 41.406 habitants en 2010 répartie sur environ 1.701 km<sup>2</sup> impliquant ainsi l'éloignement des villages des centres de soins appropriés.

La figure ci-après donne un aperçu visuel des résultats par communes relativement aux CRENAS appuyés par l'ONG Concern.



*FIGURE 6 : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – CSI CONCERN*



#### IV.2.3 Couverture zone appuyée par MSP/WV

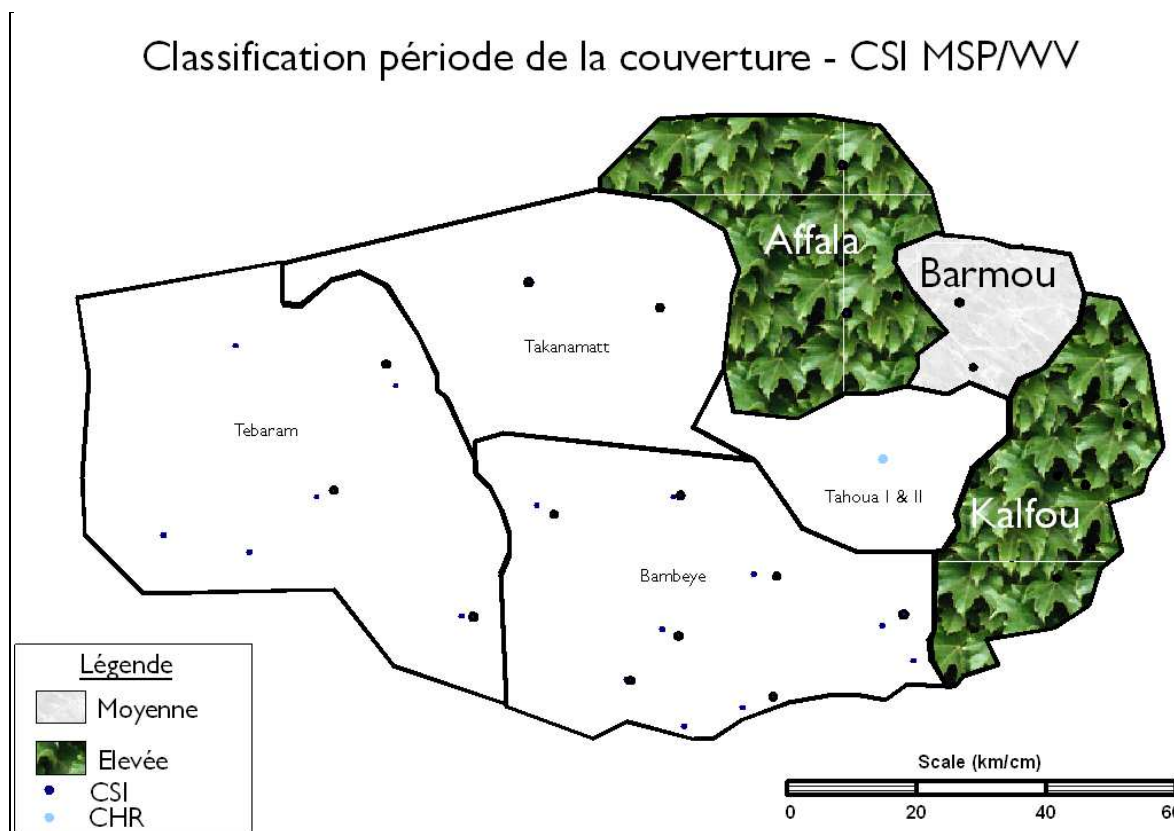
Pour les CSI gérés par le MSP/WV, la classification globale période de la couverture est également élevée. La désagrégation montre qu'à ce niveau, c'est la commune de Barmou qui fait exception à la règle en enregistrant une couverture moyenne. Ci-dessous les résultats pour les aires de santé appuyées par MSP/WV dans les trois communes rurales.

**Tableau 8 :** Classification période de la Couverture - CSI MSP/WV

Commune	Total MAS trouvés + VG MSP (n)	Seuil Faible (d1)	Seuil Elevée (d2)	MAS couverts + VG MSP (c)	Classification
Affala	9	2	4	5	Elevée
Barmou	18	5	9	6	Moyenne
Kalfou	18	5	9	14	Elevée
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>Elevée</b>



*FIGURE 7 : CARTE DE LA CLASSIFICATION PERIODE – CSI MSP/WV*



### IV.3. Estimation de la couverture

#### IV.3.1. Couverture globale dans les six communes

La couverture actuelle globale (le taux réalisé par les actions synergétiques de tous les partenaires – Concern Worldwide, le MSP et WV) dans les six communes rurales est estimée à **65.09%** (95% IC 56.41% - 73.77%). Environ 65.09% des enfants MAS de la zone étaient en traitement dans les CRENAS.

Les 65.09% se répartissent comme suit :

- Concern : **46.06%** (95% IC 36.89% - 55.23%)
- MSP/WV : **19.03%** (95% IC 11.97% - 26.09%)

L'estimation de la couverture période est **77.77%** (95% IC 72.84% - 82.70%).

Sur chaque 100 enfants de la zone rurale du district atteints de malnutrition aiguë sévère, les centres de récupération nutritionnels CRENAS enrôlent plus de 77.



Les 77.77% sont issus des contributions suivantes :

- Concern : **63.31%** (95% IC 56.93% - 69.70%)
- MSP/WV: **14.46%** (95% IC 9.50% - 19.42%)

#### **IV.3.2. Couverture Programme Concern Worldwide**

L'estimation de la couverture actuelle pour le programme PCMA appuyé par Concern Worldwide à travers 16 CSI dans les six communes rurales du DS de Tahoua est de **71.23%** (95% IC 61.65% - 80.80%).

Quant à la couverture période, elle est estimée à **82.86%** (95% IC 77.73% - 87.99%).

#### **IV.3.3. Couverture Programme MSP/WV**

Normalement, il faut un minimum de 96 cas MAS pour pouvoir faire une estimation fiable avec une Intervalle de Confiance de 95%. Les cas trouvés pour le programme PCMA du MSP/WV ne sont que 41 (88 y compris les enfants en voie de guérison) à cause du faible nombre de CSI (6) gérés par le MSP / appuyés par WV à travers trois des six communes rurales. Tout de même une estimation a été faite pour ce rapport mais vu la taille moins importante de l'échantillon, ce chiffre ne peut pas être considéré comme la valeur réelle, celle-ci pourrait potentiellement être plus ou moins élevée.

L'estimation de la couverture actuelle calculée pour les CREANAS des CSI gérés par le MSP / appuyés par WV dans les communes d'Affala, Kalfou et Barmou est **62.24%** (95% IC 41.46% - 83.01%).

Cette zone a une couverture période de **73.38%** (95% IC 55.51% - 91.26%).

***Il faut noter que dans tous les cas, les couvertures actuelle et période globales pour les six communes rurales tout comme désagrégées par partenaires dépassent la limite inférieure des normes internationales Sphères qui est de >50% pour une couverture élevée en un milieu rural.***



#### IV.4. Mobilisation communautaire et barrières à l'accessibilité

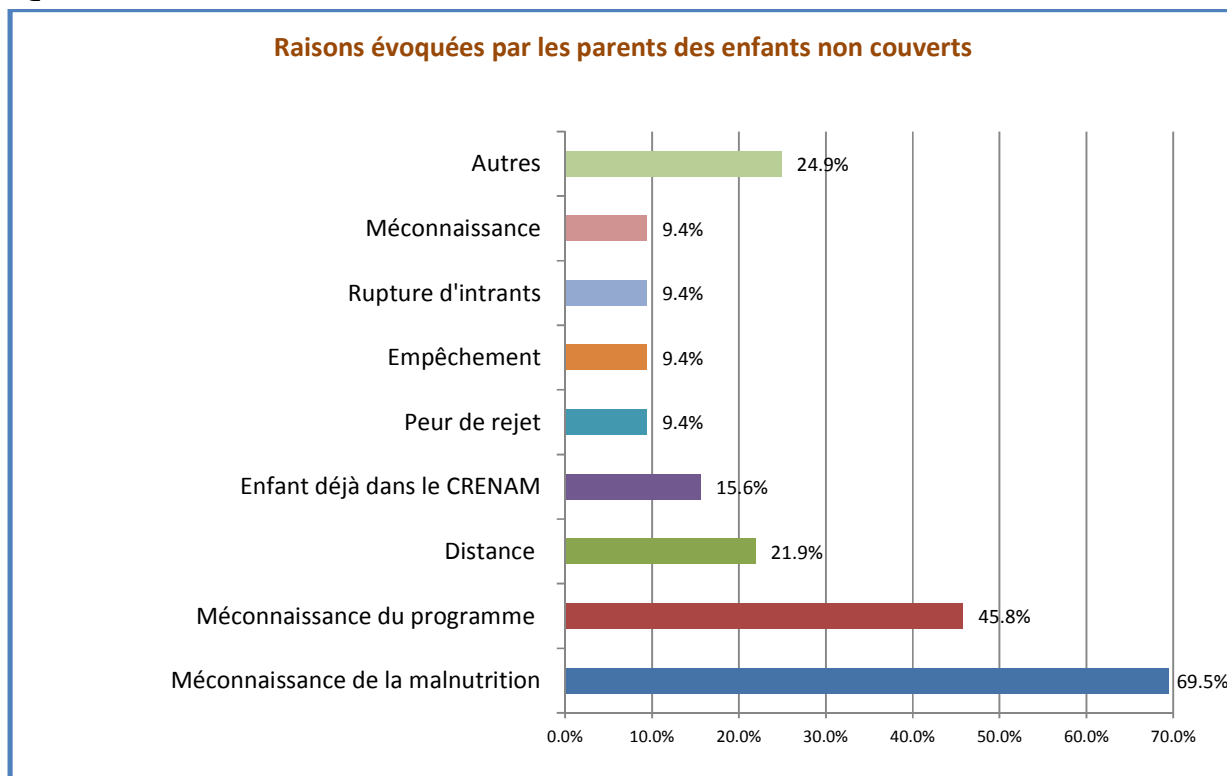
La plupart des parents d'enfants MAS non couverts rencontrés dans le cadre de l'enquête (69.5%) ne savaient pas que leurs enfants étaient malnutris. Sinon la majorité des répondantes (54.2%) connaissent l'existence d'un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë.

Les mères/tutrices qui connaissent la malnutrition, ont cité plusieurs raisons pour expliquer la raison du non enregistrement des enfants dans ce programme :

- Trop éloigné du centre de prise en charge : 21.9% des cas
- Enfant déjà en traitement dans un CRENAM et la mère ne sait pas qu'il est tombe dans la malnutrition aiguë sévère : 15.6%
- Peur d'être rejeté : 9.4%
- Empêchement domestique de la mère : 9.4%
- Problème d'autres enfants en charge : 6.3%
- Non confiance au traitement prodigué au niveau des CRENAS : 3.1%
- Autres raisons : rupture d'intrants au niveau des CSI, abandon après plusieurs rendez-vous manqués, enfant déchargé depuis quelques semaines, problème de moyen de déplacement.

Les résultats globaux des questionnaires pour les cas non couverts relativement à cette question sont schématisés dans la figure de la page suivante.





L'analyse des raisons avancées par les parents des enfants MAS non couverts est inséparable à celle de l'impact des activités de mobilisation communautaire, « la pierre angulaire de l'approche PCMA ». Les activités de mobilisation communautaire servent à informer et à engager la communauté sur la MAS et sur la PCMA afin d'atteindre et maintenir une bonne couverture. Sans une mobilisation efficace, l'impact du programme et la couverture seront limités.

Les résultats par commune montre qu'avec seulement 8% de la population des six communes, Barmou abrite 31.3% de l'ensemble des cas MAS trouvés. Cette situation serait due à l'absence d'animateur dans la zone. L'animateur est chargé du dépistage précoce et de la référence des enfants malnutris vers une structure de prise en charge. Ce résultat démontre alors l'impact positif de la mobilisation communautaire dans la lutte contre la malnutrition. On comprendra de ce fait que malgré la connaissance du programme de PCMA et la présence des volontaires dans les villages, l'appui des animateurs communautaires reste essentiel pour la bonne marche de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans la zone étudiée.



Un autre aspect positif de la mobilisation communautaire pourrait également être noté en comparant les résultats dans les aires de santé appuyées par Concern (où un dispositif actif de mobilisation communautaire est mis en œuvre) à ceux réalisés dans les autres aires de santé ne bénéficiant pas des mêmes activités : meilleure performance pour les aires de santé appuyées par Concern.

L'analyse ne sera complète qu'après comparaison des résultats (villages  $\geq 15$  km et villages  $> 15$  km des CSI) pour les aires de santé appuyées par Concern. Car, le rayon de couverture des activités de la mobilisation communautaire conduite par Concern est de 15 km. Seulement, le nombre de cas MAS recensés dans chacune des deux parties ne permet pas de faire une estimation désagrégée de la couverture. A titre indicatif, la couverture brute est de 64.29% dans le rayon de couverture de la mobilisation communautaire contre 36.00% pour les villages distants de plus de 15 kilomètres.

Il est évident que la fréquentation des CRENAS pourrait diminuer avec la distance ; mais ce grand écart dans le niveau de la couverture (28.29%) n'est pas que le fruit de la proximité d'une partie des villages contre l'éloignement de l'autre par rapport aux CSI.

Cependant, en plus de la mobilisation communautaire, d'autres facteurs pourraient également contribué à avoir une bonne couverture dans les aires de santé appuyées par Concern. En ce sens, on pourra citer par exemple la régularité de la prise en charge conditionnée par la disponibilité des médicaments, intrants thérapeutiques et personnels.



#### IV. Conclusions et recommandations

Dans les six communes rurales du district sanitaire de Tahoua, les couvertures actuelle et période sont supérieures aux normes minimales internationales Sphères de couverture élevée (50% en milieu rural) malgré les facteurs limitant l'impact des activités tels que la distance des villages par rapport aux centres de prise en charge, la méconnaissance de la malnutrition aiguë,...). Le constat est identique selon que l'on évalue globalement les six communes ou que l'on désagrège par partenaire.

La classification actuelle globale et pour les centres appuyés par Concern est élevée. Elle est moyenne dans la zone gérée par le district et World Vision. Quant à la classification période, elle est élevée quelque soit la zone considérée.

Les résultats globaux par commune montrent que la classification période est élevée sauf à Takanamatt qui enregistre aussi le score le plus faible sur la classification actuelle. L'analyse des résultats par partenaires révèle une meilleure performance pour Concern qui réalise une couverture actuelle et période de 71.23% et 82.86% respectivement contre 62.24% et 73.38% pour le district et World Vision.

Pour garder cette couverture globale élevée dans les six communes rurales, il faudrait :

- Mettre en place des structures fonctionnelles (animateurs, volontaires) dans les zones où il n'y en a pas ;
- Renforcer la sensibilisation communautaire sur la connaissance de la malnutrition aiguë chez les enfants 6-59 mois par la population surtout au niveau des aires de santé de la commune de Barmou ;
- Décentraliser le traitement de la malnutrition vers les cases de santé ne serait-ce dans les communes de Takanamatt et Tébaram pour réduire les problèmes de distance ;
- Appuyer les CSI dans la gestion des intrants afin d'éviter les ruptures de stock ;
- Conduire régulièrement des dépistages actifs de la malnutrition au niveau des villages et suivre les enfants référés pour qu'ils puissent être pris en charge correctement ;
- Appuyer les CSI pour une maîtrise des mesures anthropométriques et des critères d'admission pour éviter les rejets non justifiés
- Donner des explications aux mères/accompagnantes pour les enfants non admis dans le programme sur les critères de sélection afin qu'elles ne gardent pas une mémoire négative sur le rejet
- Continuer l'appui en personnel surtout en période de PIC des admissions



## Bibliographie

- Enquête de couverture SLEAC-SQUEAC Valid International Tahoua, Août 2011
- SQUEAC & SLEAC: Low resource methods for evaluating access and coverage in selective feeding programs

## Annexes

### Annexe 1 : Résultats globaux du SLEAC

Communes	MAS	MAS couverts	En voie de guérison	MAS non couverts
Affala	13	7	18	6
Bambèye	19	15	24	4
Barmou	41	19	13	22
Takanamatt	18	4	0	14
Tébaram	22	11	24	11
Kalfou	18	15	16	3
<b>Total général</b>	<b>131</b>	<b>71</b>	<b>95</b>	<b>60</b>



**Annexe 2: CSI/CRENAS concernés par l'enquête SLEAC**

Commune	Partenaire	CSI (CRENAS)	Total
Tébaram	Concern	Guidan Melli Tébaram Toudouni Farfarou	3
Takanamatt	Concern	Amaloul Guidiss Takanamatt,	2
Bambèye	Concern	Bambèye Edir Hada-Chimo Inkarkadan Moulléla Mogheur Safarfari	7
Affala	Concern	Affala	1
	MSP	Taza Karadji Nord	2
Barmou	Concern	Barmou	1
	MSP	Toro	1
Kalfou	Concern	Bagaye Samo	2
	MSP	Adouna Agoulmawa Latchiwa	3
	World Vision	Kalfou	1
<b>Total</b>			<b>23</b>



Annexe 3 : Carte des CSI et des CS du district sanitaire de Tahoua

