



EVALUATION SEMI-QUANTITATIVE DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA COUVERTURE

(SQUEAC)

Dr Moumouni Amadou et l'équipe technique de Tessaoua

Novembre Tessaoua 2011

Table des matières

1. Introduction.....	4
1.1 contexte.....	4
1.2 Résumé.....	5
2. Objectif général.....	6
2.1 Objectif spécifiques.....	6
2.2 La formation des équipes.....	6
2.3 Définition d'un cas.....	6
3. Méthodologie :.....	7
3.1 Probabilité à priori.....	6
3.2 Evidence vraisemblable.....	10
3.3 Probabilité Posteriori.....	11
4. Résultats.....	11
4.1 La probabilité à priori.....	12
4.2 Evidence vraisemblable.....	26
4.3 Probabilité à Posteriori.....	27
4.4 Formation du personnel.....	30
5. Discussion.....	30
6. Recommandations.....	18
Bibliographie.....	32
Annexe 1 Calendrier SQUEAC.....	33
Annexe 2 Couverture	34
Annexe 3 : liste de participants.....	40

Liste des figures :

Figure 1 : Comparaison des admissions.....	11
Figure2: Réponse du programme au contexte	12
Figure 3: les indicateurs de performance.....	13
Figure4: Comparaison distance et abandon.....	14
Figure 5: Critères de performance.....	15
Figure 6 : PB à l'admission.....	16
Figure 7 : Raisons de couverture.....	23
Figure 8 : schéma visuel.....	24
Figure 9 : Probabilité priori.....	26
Figure 10 : couverture actuelle.....	28
Figure 11 :couverture de la période.....	28
Figure 12 : raison cas non couverts des grandes zone.....	29
Tableau 1 : Calendrier saisonnier.....	13
Tableau 2: Total admission et abandons.....	14

Tableau 3: Résultats de la recherche des abandons.....	14
Tableau4 : Liste des villages enquêtés.....	17
Tableau 5 : résultats des petites zones.....	23
Tableau 6 : résultats des grandes zones	26
Tableau 7 : Résultat des grandes zones :.....	27
Tableau 7 : connaissance de la malnutrition.....	29

Abréviations

AS	Agent de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CRENAS	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Sévères
CRENAM	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Modérés
CRENI	Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Intensive
CS	Case de Santé
CSI :	Centre de Santé Intégré
CTC	Community Based Therapeutic Care
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ESZC	Echantillonnage Systématique Zonal Centré
Hbts :	Habitants
INS : Institut National de la Statistique	
FO	Field Officer
MSP	Ministère de Santé Publique
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
ONG	Organisation non gouvernementale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PECMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre Brachiale
PT	Poids/Taille
RC	Relais communautaire
SC-UK	Save the Children UK
SDRR	Schéma directeur de développement rural
SQUEAC	Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
UNICEF	United Nations Children's Fund

1. Introduction:

1.1 Contexte et justification :

La Région de Maradi est située dans la partie sud au centre du Niger à environ 660 km de la capitale Niamey. Elle est limitée à l'Est par la région de Zinder et à l'Ouest par celle de Tahoua, au Nord par la région d'Agadez, et elle partage au Sud une frontière commune avec la République Fédérale du Nigeria sur environ 150 km. La région couvre une superficie de 41.796 km² (SDDR 1997) pour une population estimée en 2010 à 3 021169 habitants, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3,7%.

Le département de Tessaoua créé en avril 2004 couvre une superficie de 5.471 km²

Avec une population estimée à 479384 Habitants répartie dans 7 communes dont une urbaine. Il est limité:

- A l'Est par le département de Mirriah et Matamèye ;
- Au Nord par celui de Tanout ;
- A l'Ouest par ceux de Mayahi et Aguié ;
- Au Sud par la république fédérale du Nigeria.

Le département de Tessaoua compte, sept (7) communes dont une urbaine, 735 villages et soixante quatre(64) tribus. Au plan administratif, le département compte trois (3) cantons et deux (2) groupements. Toutes les communes de Tessaoua à savoir Hawandawaki Tessaoua ; Maijirgui ; Koono ; Korgom ; ourafane et Baoudeta ont été couvertes par cette étude avec une population estimée à 479384 hbts.

Le district sanitaire de Tessaoua vit dans une situation d'insécurité alimentaire chronique et de vulnérabilité des ménages généralisée, principalement structurelle. Cette situation est liée à la pauvreté endémique, au caractère rudimentaire des systèmes de production, à l'insuffisance des aménagements dans le secteur de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. Et une forte pression foncière liée à la croissance démographique galopante. A cela s'ajoute une vulnérabilité liée aux aléas climatiques qui occasionnent des crises alimentaires conjoncturelles récurrentes. La dernière enquête de survie de l'enfant organisée en Août 2011 fait état du taux de malnutrition aigue globale estimé à 12.2 % (9.1-16.1) et de 2.6 % pour la malnutrition aigue sévère. Sur le plan des infrastructures sanitaires le district sanitaire compte un hôpital de district ; un centre de chirurgie rurale ; une pharmacie publique et une autre privée ; vingt (20) centres de santé intégrés et soixante douze (72) cases de santé fonctionnelles.

1.2 Résumé :

Save the Children intervient au Niger suite à la crise nutritionnelle de 2005 et met œuvre dans le département de Tessaoua un programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aigue dans 20 CRENAS et 12 CRENAM. Le travail de Save the Children a évolué du travail direct avec les bénéficiaires par des équipes mobiles à l'intégration de la prise en charge dans le paquet minimum des CSI.

L'objectif du PCMA est de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans liée à la malnutrition à travers la prévention ; la surveillance nutritionnelle et le traitement des cas. Pour cela Save a mis en place un réseau de 376 relais communautaires repartis dans environ 250 villages et hameaux appuyés par 15 facilitateurs communautaires. Cet appui aux communautés vise le renforcement des capacités des communautés à travers la sensibilisation des populations sur les pratiques familiales essentielles en vue d'un changement de comportement et la détection précoce des cas. Save the Children apporte à l'endroit des centres de santé qui font la prise en charge de la malnutrition modérée et sévère avec et sans complications un appui technique ; financier et logistique.

L'ONG internationale Save the Children évalue son programme PCMA pour la quatrième année consécutive soit en 2008 , 2009 , 2010 et 2011

Les différents résultats enregistrés sont respectivement :

Janvier-Février 2010 : couverture actuelle : 27, 4% (95% IC : 20, 1 -35, 5)

Couverture de la période : 31, 8% (95% : 24,3 -40 ,0)

Novembre 2010 : couverture actuelle : 36, 7% (95% IC : 44, 5 -28, 9)

Couverture de la période : 50, 7% (95% : 43,6 -57 ,8)

Cette année l'enquête de couverture a été conduite en interne par les équipes de Save the Children formé à cet effet. Quatre équipes composés de trois personnes ont été constitués de fiels officiers ; des superviseurs et des agents du district sanitaire de Tessaoua.

La probabilité calculée sur la base de l'analyse des facteurs négatifs et positifs et été estimée à 45.5 %.

L'évidence vraisemblable a été calculée sur la base d'un échantillon de 92 enfants dans les cadrants choisis à cet effet dont 72 doivent être activement recherchés. Les critères d'admission selon le protocole national du Niger ont été utilisés : PB< 115 mm ; œdèmes bilatéraux et l'âge de 6 mois à 59 mois.

La couverture actuelle est le pourcentage d'enfants malnutris sévères au moment de l'enquête couverts par le programme et a été estimée à 49 % (IC : 40-57.7). Tant disque la couverture de la période qui est le pourcentage d'enfants malnutris sous traitement au CRENAS est de 57%(IC : 49-64.5)

2. Objectif général :

2.1 Objectif général :

Familiariser le staff de Save the Children et du district sanitaire à la méthodologie SQUEAC et en même temps évaluer la couverture dans le département de Tessaoua.

2.2- Objectifs Spécifiques

- Fournir un briefing au personnel de SC-UK et du district sanitaire de Tessaoua sur la méthodologie et l'exécution pratique du SQUEAC
- Estimer le taux de couverture globale dans le district de Tessaoua,
- Identifier la distribution de zones de couverture élevée et de zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention
- Identifier les barrières à l'accessibilité du service de PECMA
- Émettre des recommandations en fonction des résultats de l'investigation pour améliorer l'accessibilité au service CTC et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme.

2.3 La formation des équipes :

Le Briefing des équipes sur le SQUEAC se fait en même temps que l'enquête. Il se fait au niveau du bureau et sur le terrain et au fur et à mesure de la conduite de l'investigation. Le briefing et le pré requis du staff déjà formé ont axés sur la résolution des problèmes.

2.4 Définition d'un cas

Une enquête de couverture vise à identifier le nombre de cas MAS qui sont couverts et le nombre qui ne sont pas couverts. La définition d'un cas MAS est normalement conforme aux critères d'admission du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue.

Ainsi les critères suivants pour un cas MAS ont été utilisés pour le SQUEAC :

PB < 115mm

Œdèmes bilatéraux

Enfant âgé de 6 à 59 mois

3. Méthodologie :

SQUEAC est une évaluation 'semi quantitative'. Deux types de données sont exploitées : quantitatives (données de routine et données collectées pendant les enquêtes sur des petites et des grandes zones), et qualitatives (informations collectées de la part des

différents informateurs au niveau de la communauté ou des acteurs impliqués dans le service). La méthode met l'accent sur la collecte et l'*analyse intelligente* de diverses données avant de procéder à l'étape enquête. Le SQUEAC permet ainsi d'apprendre beaucoup d'informations et de développer également les habilités tout au long du processus avant de réaliser les résultats.

Les étapes du SQUEAC :

- Développement de la probabilité à priori (croyance sur la couverture) :
 - Analyse des données de routine
 - Collecte et analyse des données qualitatives
 - Enquêtes sur des petites zones pour déterminer les zones de couverture faible et les zones de couverture élevée
 - Développement d'une croyance sur la couverture globale par moyen du mind map (schéma visuel des données sur la couverture) et l'utilisation de la théorie bayésienne.

- **Evidence vraisemblable** : est bâtie avec les données recueillies au cours d'une « grande investigation » dans des zones (villages) sélectionnées de manière aléatoire.

- **La probabilité à posteriori** :
Mise à jour de notre croyance sur la couverture par moyen du théorème de Bayes

3 .1 Probabilité à Priori

3.1.1 Analyse des données de routine

L'analyse des données de routine notamment les tendances des admissions, des abandons et les indicateurs de performances ont pour but d'apprécier si les changements survenus au cours du programme suivent les variations suggérés par les différents calendriers, de déceler les signes inquiétants de mauvaise santé du CTC survenus au cours du temps et enfin d'évaluer l'efficacité du programme au cours du temps.

Les fiches individuelles d'admission au CRENAS fournissent aussi une quantité d'informations qui peuvent être exploitées au cours de l'investigation. Les données étudiées sont

- Le PB à l'admission qui renseigne sur la précocité des comportements de recherche de soins ainsi que la précocité de la recherche de cas par les ASC,
- la distance entre le domicile et le CRENAS peut être utile si elle est suspectée d'être une barrière d'accessibilité au service CRENAS,
- les sources de référence peuvent aider à interpréter des éléments liés à la couverture du programme. La mesure du PB au moment de l'abandon, Le nombre de semaines dans le programme avant l'abandon.

- Concernant les données du programme ; les admissions et les sorties de l'année 2011 ont été aussi analysées. La base de données de Save the Children a été conçue sur la base des données collectées auprès du service de l'épidémiologie de Tessaoua.

3.1.2 Collecte des données qualitative: méthodes :

L'objectif de la collecte de données qualitatives est double. En premier lieu, les données qualitatives permettent un développement plus détaillé des hypothèses qui ont commencé à se dessiner au cours de l'analyse des données de routine décrite dans la section précédente. En deuxième lieu, ces données fournissent des informations vitales au sujet des causes sous-jacentes de la couverture « faible » ou « élevée » y inclus les principales barrières qui inhibent l'atteint d'une couverture élevée.

Les discussions informelles de groupe, les entretiens sur histoire de cas, l'entrevue semi structurée ont été conduites avec les personnes directement impliquées ; telles que le personnel du CSI, le personnel du Programme, les Field Officers, les Relais Communautaires et les mères des bénéficiaires et des abandons et aussi des cas qui se sont présentés tardivement ; et avec b) les personnes indirectement concernés ; telles que les hommes et femmes et personnes clefs dans la communauté. Dans la mesure du possible la triangulation des informations par source et par méthode a été faite.

Il n'est ni possible ni nécessaire de visiter tous les CSI et toutes les aires de santé ainsi une méthode d'échantillonnage randomisé mais représentative à été utilisée.

Le choix des CSI à visiter a été fait de manière aléatoire selon les critères suivants :
Distribution spatiale dans le district (nord / sud / est / ouest)
Données manquantes / à vérifier

Le choix des villages / communautés à visiter a été fait selon les critères suivants :
Distribution spatiale dans le district (nord / sud / est / ouest)
Proximité / distance d'un CSI
Taille – grand / petit

3.1.3 Investigation sur des « petites zones » :

L'investigation sur des « petites zones » a pour objectif de confirmer ou d'infirmer les zones de couverture « élevée » et « faible » par une méthodologie active et adaptative de recherche des cas dans la communauté. Nous avons sélectionné de façon aléatoire 16 villages repartis dans 8 CSI.

Notre hypothèse lors de l'investigation de la petite zone était la suivante : les villages les plus éloignés (10 km et plus) ont un taux de couverture faible et les villages proches (moins de 5 km) ont un taux de couverture élevée.

Les données des admissions et des abandons de trois derniers mois ont été utilisées pour cet exercice.

Il n'est pas possible de faire une estimation de la couverture avec une enquête sur des petites zones pour les raisons ci après

- l'enquête est limitée,
- l'enquête est menée dans les zones où la couverture est supposée être élevée ou faible ainsi l'échantillon n'est pas représentatif par rapport à l'ensemble de la zone d'intervention,
- normalement l'échantillon sera trop petit pour estimer la couverture avec précision. Toutefois une classification de la couverture est possible.

Cependant, il est possible de dire que la classification de la couverture est supérieure ou inférieure à un certain standard La technique utilisée pour faire la classification est LQAS.



Pour notre investigation, le minimum de 50% pour les zones rurales qui est caractéristique à notre zone d'intervention a été utilisé.

3.1.4 Mind Mapping

Mind Mapping est un moyen d'organiser les informations et de faciliter l'analyse d'une grande variété de données différentes (quantitatives et qualitatives). Il permet aussi d'apprécier les liens entre les différentes données et facteurs qui influent sur la couverture.

Un schéma visuel est créé sur papier. Les différentes étapes du SQUEAC y sont situées (analyse de données de routine, enquête sur des petites zones, résultats du travail qualitatif avec la communauté, les mères des bénéficiaires, le personnel du CSI, le personnel du programme, les relais, les FO) et les facteurs pertinents pour la couverture (y compris toute barrière à l'accessibilité) qui sont sortis pendant l'investigation y sont regroupés.

Une évaluation est faite de chaque facteur selon son influence positive ou négative sur la couverture et une flèche 'up' ou 'down' est ajoutée à côté du facteur.

Le schéma peut être saisi sur l'ordinateur avec le logiciel Xmind. Une coche  indique un facteur positif et une croix  un facteur négatif.

Le logiciel permet de mettre les commentaires et de joindre les graphiques et facilite aussi la production du rapport.

3.1.5 Comment calculer la Probabilité à Priori sur la calculatrice de Bayes

- Regrouper d'une part les positifs et de l'autre les négatifs.
- Diviser les participants en trois groupes.
- Chaque équipe doit entreprendre les démarches qui suivent:
Ecrire chaque facteur sur un bout de papier différent. Faire une classification des facteurs dans chaque catégorie (positive et négative) selon leur importance pour la

couverture. Le facteur le plus important est en haut du tas et le moins important au fond du tas.

- Donner une valeur / un poids à chaque facteur (de 1 à 5).
- Calculer la somme des valeurs pour chaque catégorie (positive et négative)
- Ajouter la somme des valeurs positives au 20 et déduire la somme des valeurs négatives de 80.

- Trouver le mi-chemin entre les deux résultats (20 + somme des valeurs positives et 80 – somme des valeurs négatives).
- Utiliser le logiciel de Bayes pour déterminer la distribution de la croyance (la Probabilité à Priori) = une courbe. La courbe représente notre croyance sur la couverture.

3.2. Deuxième étape du SQUEAC : L'Evidence vraisemblable

Il s'agit des nouvelles informations qui servent à améliorer ou infirmer notre croyance sur la couverture

L'enquête sur des grandes zones se fait après avoir établie la Probabilité à Priori.

La même méthode active et adaptative est utilisée que pour l'enquête sur des petites zones.

Les résultats de l'enquête sur des grandes zones (le nombre total de cas MAS trouvés et le nombre de cas qui en sont couverts) sont les nouvelles informations. Ces données sont importantes parce que celles-ci sont les données quantitatives. Ces données nous donnent une valeur probable pour la couverture.

En général un plus grand échantillon est meilleur qu'un petit échantillon. Toutefois pour le SQUEAC et avec l'application de la Théorie Bayésienne la taille de l'échantillon souhaitable est beaucoup plus petite que ceux qui sont nécessaires pour les autres enquêtes traditionnelles de la couverture (ESZC).

Il est aussi possible et souhaitable d'utiliser les aires de santé au lieu des cadres, mais les limites géographiques n'étant pas connues et la contrainte du temps, ont permis d'opter pour la méthode de cadrage par laquelle le district a été divisé en 7 cadres et les villages plus proches du centre et la taille de l'échantillon ont été déterminés selon une approche standardisée.

Il y a deux moyens pour exprimer la couverture :

- Couverture Actuelle
- Couverture de la Période

Couverture actuelle est le pourcentage de cas actuel (=MAS au moment de l'enquête) trouvés qui sont couverts (sous traitement au CRENAS).

Actuel = $\frac{\text{Cas actuel MAS sous traitement au CRENAS}}{100} \times 100$

Tous les cas MAS (couvert et non couvert)

Couverture de la Période est le pourcentage d'enfants trouvés qui sont sous traitement au CRENAS (les cas MAS + les cas en voie de guérison).

$$\text{Période} = \frac{\text{Tous les enfants sous traitement au CRENAS}}{\text{Tous les enfants sous traitement au CRENAS} + \text{cas MAS non couverts}} \times 100$$

3.3 Troisième étape du SQUEAC : La Probabilité à Posteriori

La probabilité à posteriori nous donne le résultat final qui est l'estimation de la couverture globale. La probabilité à posteriori représente la synthèse de toutes les informations connues sur la couverture (la combinaison des données de routine et des données qualitatives = la probabilité à priori, et les résultats de l'enquête sur des grandes zones = l'évidence vraisemblable).

La courbe pour la probabilité à posteriori paraîtra automatiquement sur le graphique créé avec le logiciel de Bayes après la saisie des données pour l'enquête sur des grandes zones (l'évidence vraisemblable). L'estimation de la couverture globale paraîtra automatiquement avec l'Intervalle Crédible de 95%.

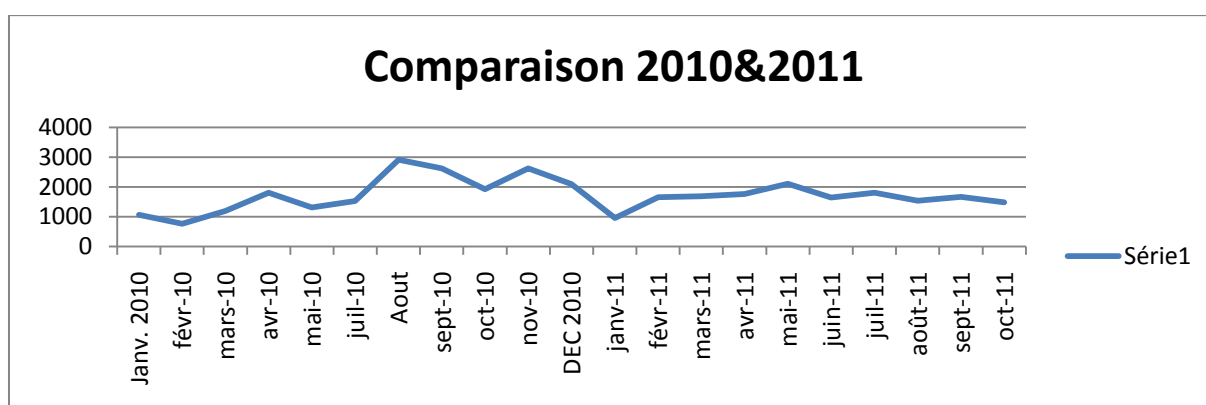
4 Les résultats

4.1 La probabilité à priori

4.1.1 Analyse des données du programme :

4.1.1.1 Comparaison 2010

Figure 1 : comparaison des admissions

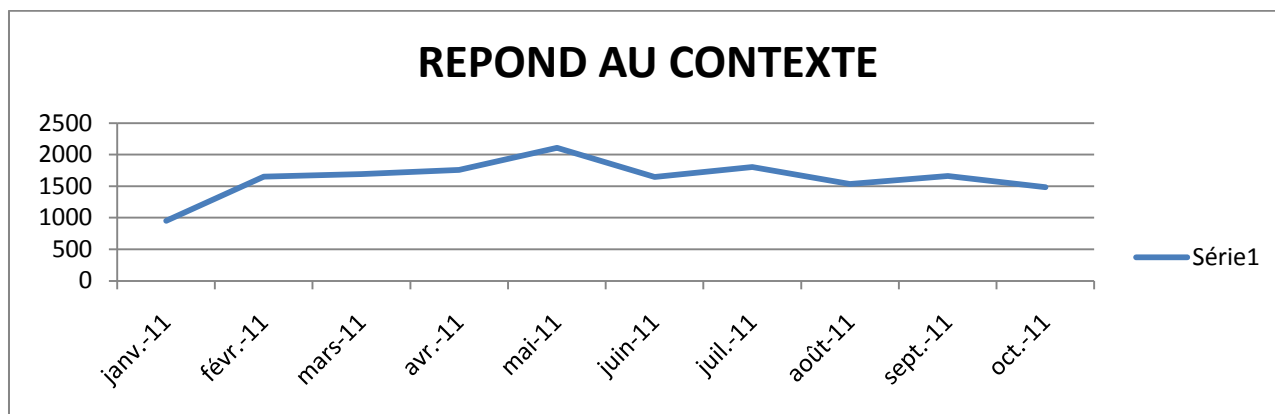


En 2010, le programme a enregistré plus d'admission qu'en 2011. Cet état de fait s'explique par la disponibilité alimentaire, le cash transfert, les distributions des chèvres, le maraichage, et l'intensification des sensibilisations au niveau communautaire. A cela s'ajoute l'implantation des nouveaux CRENAM au total 12 répartis dans 12 aires de santé non couverts par cette activité

jusqu'en 2010. Les activités se réalisent grâce à l'appui de Save the Children et des ses partenaires tels que le PAM et le district. Il faut aussi noter que la période de pic a été observée pendant le mois de Mai 2011. La baisse des admissions a coïncidé avec la tombée des premières pluies augmentant du coup la charge du travail au niveau communautaire. Cependant, de juillet à octobre, la courbe 2011 a évolué en dent de scie.

4.1.1. 2 Répond au contexte :

Fig 2 : Réponse du programme au contexte



A partir de juillet une baisse des admissions s'observe coïncidant avec la tombée des premières pluies et les maladies telles que le paludisme ; la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Or le programme devrait s'attendre à une montée des admissions, ce qui nous pousse à dire que le programme n'a pas répondu au contexte pendant cette période.

Calendrier saisonnier :

Ce calendrier saisonnier a pris en compte tous les éléments susceptibles d'influencer les admissions au niveau du programme à savoir les maladies ; les saisons froide ; chaude ; l'hivernage les cérémonies ; les travaux champêtres et les récoltes.

Tableau 1: Calendrier saisonnier

Maladies /événements	Saison froide			Saison chaude			Hivernage			Récolte		
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Paludisme	X	X	X	X	X	X	XX	XX	XX	X	X	X
IRA	XX	X									XX	XX
Diarrhée	X	X	XX	XX	X	X	XX	XX	XX			
Préparation des champs			X	X	X							
Semis					X	X	X					
						X	X					

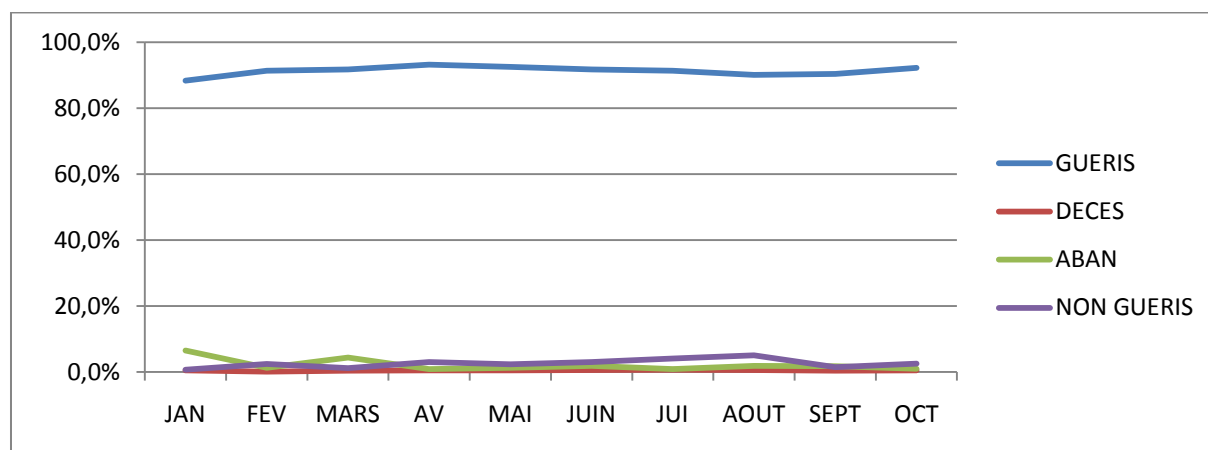
Labour												
Récolte									X	X	X	
Entreposage									X	X	X	X
Cérémonies	X										X	X
Soudure			X	X	X	X	XX	XX				

NB : Certaines maladies comme le paludisme et la diarrhée s étendent sur toute la période de l'année, et connaissent un pic aux mois de juillet, Août et Septembre. Quand aux autres activités et événements, les mois dont la croix apparait en double dans une colonne sont considérés comme ceux ou les communautés sont plus préoccupées.

4.1.1.3 Indicateurs de performance

Comparativement aux deux (2) dernières années, en 2011, les indicateurs de performance sont meilleurs que ceux des années antérieures(2009 et 2010).

Figure 3 : Les indicateurs de performance



5.3.1 Guéris

Le taux de guérison est de 91.3 % répondant aux normes SPHERES.

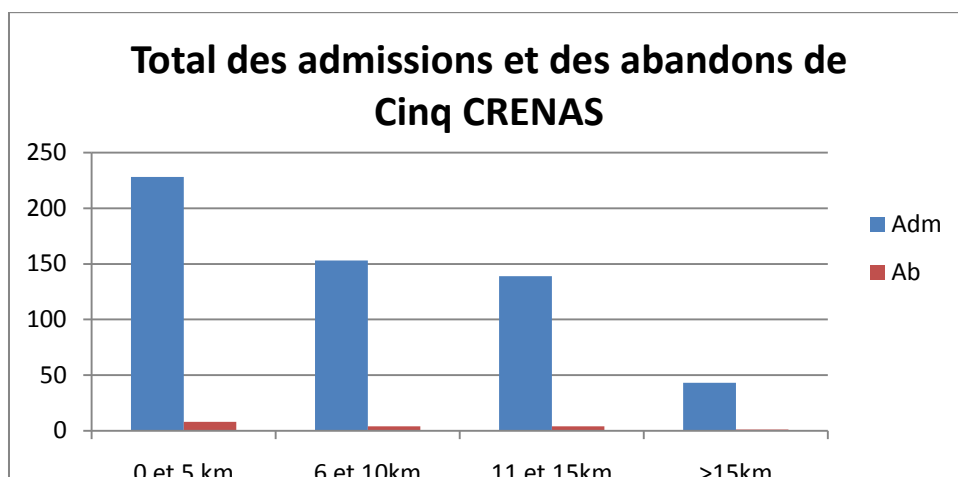
5.3.2 Décès

Le taux de décès est de 0.5 % qui répond aux normes SPHERES (< à 10%)

5.3.3 Abandons

Le taux est de 2.2% correspondant aux normes SPHERES (< à 15%). Le taux d'abandon était en 2010 de 1.8% contre 2.2% en 2012.

Figure 4: Comparaison de la distance et abandon



Les abandons proviennent aussi bien des villages éloignés que des villages proches. On note plus d'abandons dans les villages proches des CSI entre 0 et 5 km soit 8 abandons que dans les villages éloignés de plus de 15 km soit un abandon. Nous avons dénombré un cas de non rapportage par les agents de santé dans un seul CSI notamment celui de Korgom au sud de Tessaoua.

Tableau 2 : Total admissions et des abandons de 5 CRENAS.

Distance	Admission	Abandon
0 et 5 km	228	8
6 et 10km	153	4
11 et 15km	139	4
>15km	43	1

La recherche des abandons a permis de trouver les raisons suivants qui poussent les mères bénéficiaires à l'abandon. Cette recherche a été effectuée sur la base de l'analyse des dossiers. Les CSI dont les abandons ont été signalés ou identifiés au cours de l'enquête ont fait l'objet d'une recherche active des cas. Les enfants recherchés ont été mesurés et référés vers le CSI.

Tableau 3 : Résultats de la recherche des abandons

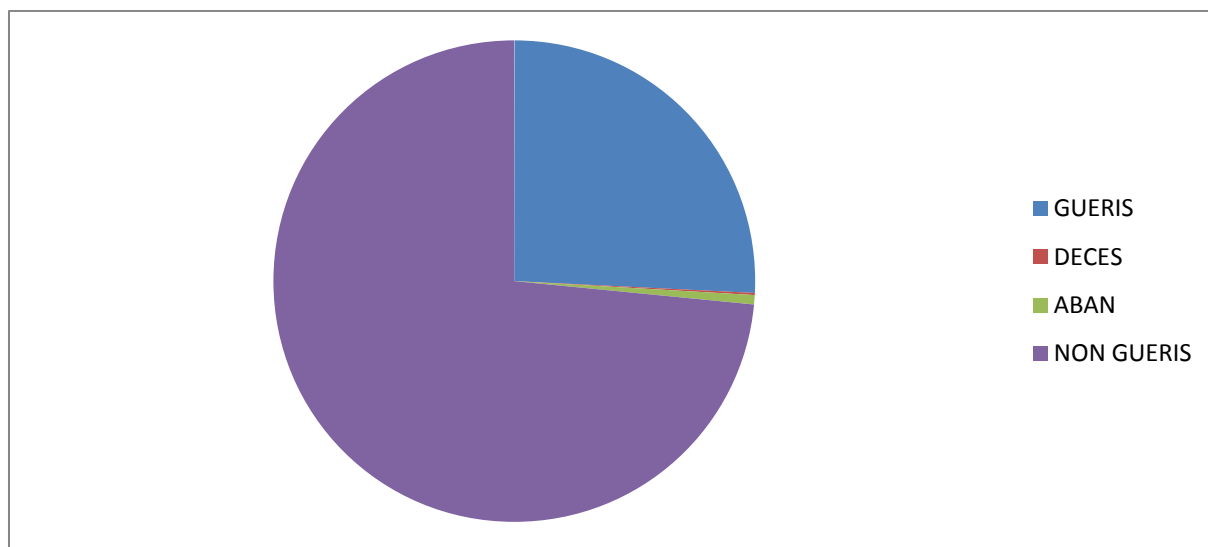
CSI	CAS	Raison
Gararé	1	Divorce

Dan Ai	1	Rupture des intrants
Hawandawaki	4	-2 cas de voyage -1 enfant trisomique (désespéré) -1 fausse adresse
K. Kaba	14	3 cas d' indisponibilité du service Major absent 1 transfert 1 fausse adresse 9 sont des abandons des mois antérieurs à Août qui ont été déjà recherchés mais mal renseigné
Maiquizawa	2	1 cas Hors zone 1 cas de déplacement saisonnier

5.3.4 Non guéris

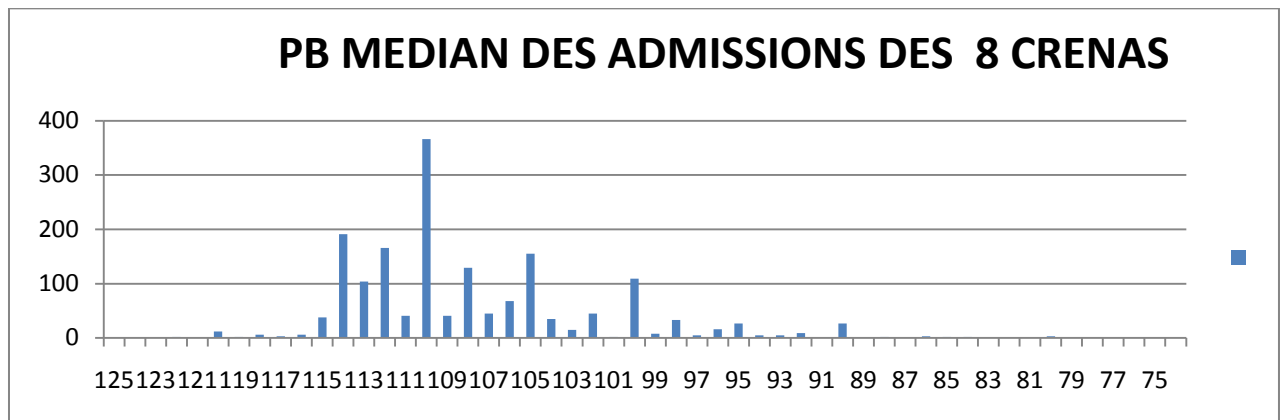
Le taux de non guérison est de 2.6% correspondant aux normes SPHERES (< à 10%)

Figure 5 : Répartition des critères de performance :



PB à l'admission :

Figure 6 : PB médian à l'admission



Le PB médian à l'admission est de 110, ce qui veut dire que les enfants viennent à temps au programme. L'implication des relais communautaires dans les activités de dépistage des cas MAS, et de sensibilisation est un des facteurs justifiant cette mesure de PB.

4.1. 2 Données qualitatives au niveau communautaire :

La collecte des données qualitatives a été conduite dans 8 CSI. La sélection a été faite sur la base de la répartition spatiale Nord/sud/centre et de la provenance des admissions ; des abandons et des activités des relais communautaires. Ce qui a permis de déterminer des zones faibles et des zones de couverture élevée. 8 CSI ont été sélectionnés sur cette base :

Zone de couverture élevée :

- Hawandawaki
- Sabar
- Guindawa
- Ourafane

Zones de couverture faible :

- K.Kaba
- Korgom
- Agama
- Dan Ai

Les entretiens structurés ; semi structurés et les focus groupes ont été conduits dans les villages et dans les CSI. Deux villages ont été choisis dans chaque aire de santé sur la base de la couverture élevée ou faible et de la distance. La couverture a été évaluée sur la base des admissions aux CRENAS. Les questionnaires utilisés dans les enquêtes précédentes ont été utilisés. Les interviews ont concerné les communautés hommes et femmes ; le

personnel des CSI ; les relais communautaires ; le personnel du programme les mères bénéficiaires et les leaders d'opinion. Pour éviter les biais les relais communautaires ont écartés dans les discussions avec les communautés.

4.1.2.1 Liste des villages et des CSI visités :

Tableau 4 : Liste des villages enquêtés

CSI	VILLAGE	Groupes
Agama	Pantéka	H : 13
		F : 22
CHEF DE VILLAGE : 1		
	Ban Dawa	H :18 F :28
K.Kaba	Tigalala	H :42
		F :47
	G.Toukou	H :28 F : CHEF DE VILLAGE :
Korgom	AFARAM	H : F :28
	Gabaouri	H : F :28
Dan Ai	Maisarka	H :21
		F :70
		CHEF DZ VILLAGE
	Koulethi sofoua	H :44 F :53 CHEF DE VILLAGE
H.Dawaki	1.Koulourou	H :37 F :2 entretien individuel
	2.Sankomi	H :Chef de village F :25
Guindawa	1.Koubdo saboua	H :70 F :57 1 CHEF DE VILLAGE 1 RELAIS
	2. Tawala	H :14 F :32 F :18 bénéficiaires
Ourafane	1. Jiga	1 Tradi praticien H : 15 F : 16
	2. Oubandawaki	H :34 F :13
	2.Tawassou	H :31

1. personnel CSI

1.1 Référence

la majorité des références viennent des relais communautaire à cela s'ajoute les auto références et les références des cases de santé

1.2 Implication

tous les agents ne sont pas pleinement impliqués dans la prise en charge nutritionnelle au niveau des CSI par manque du système de rotation. la prise en charge est faite par les relais et les membres du coges dans la majorité des CSI. Cela s'explique par la réduction du personnel d'appui par contrainte budgétaire.

1.3 Communication

la communication est à améliorer entre les acteurs intervenant dans les activités du CRENAS (relais agent de santé et membre des coges).

1.4 Rejet

Les raisons du rejet ne sont pas clairement expliquées aux mères bénéficiaires. Les mères de bénéficiaires ne sont pas satisfaites des explications données par les agents qui font la prise en charge.

1.5 Abandons

Dans la majorité des CRENAS les agents de prise en charge ont notifié qu' il y a peu d'abandons. Les ruptures des intrants et les doubles flux en sont les raisons principales.

1.6 Barrières

Les différentes barrières évoquées par les personnel du CSI sont distance et les travaux champêtres).

1.7 Appréciation

Les personnels du CSI apprécient bien le programme car beaucoup des enfants guérissent.

2. Relais

2.1 Rôle

Du point de vue activités de sensibilisation et de dépistage de la malnutrition, les relais connaissent leur rôle et attribution. Certains appuient même le CRENAS dans le centre de prise en charge de la malnutrition.

Malgré le travail de volontariat auquel les relais sont assujettis, ils affirment être motivés néanmoins ; ils souhaiteraient être soutenus par des gestes(bonifications).

2.2 Référence

On assiste à un taux plus élevé de l'auto référence dans les différents registres parcourus par rapport aux références faite par les relais. Ce qui explique d'après les quelques témoignages des agents de santé, les agents chargés de prise en charge ne prennent pas soins de mentionner les références faites par les relais.

2.3 Communication

il existe une bonne communication entre les relais et les field officer, néanmoins celle-ci reste à améliorer entre relais et personnel CSI (feed back inexistant sur le système de référence et contre référence).

2.4 Avic sur le CTC

Les relais ont une bonne perception du CTC car beaucoup des enfants sortent guéris dans le programme.

2.5 Couverture

Selon certains relais interviewés, la couverture dans son ensemble est bonne car tous les enfants sont couverts par le programme.

3. personnel programme

3.1 Rôles et activités

Selon le personnel du programme ; le maximum de temps est consacré dans le cadre de la lutte contre la malnutrition

3.2 Communications

Pour le personnel du programme la communication est bonne au niveau de tous les intervenants (CRENAS : CSI , District, et Programme)

3.3 Perception

le programme est bien perçu pour les personnes interviewés. Cependant pour pérenniser la prise en charge communautaire de la malnutrition Il faut développer des programmes de développement. Il faut redynamiser le CRENAM.

3.4 Barrières

La seule barrière évoquée est la distance

4. Mères Bénéficiaires

4.1 Couverture

D'une manière générale les mères bénéficiaires affirment que la couverture est bonne, même si quelque fois on rencontre une minorité qui conteste cette affirmation.

4.2 Qualité

La qualité du service est appréciée par les bénéficiaires qui font une durée d'attente de moins de 25 mn par exemple. Néanmoins certaines précisent qu'elles font plus de 4h d'attentes. En outre celles ci ont évoqué la rupture des intrants et le mauvais accueil.

4.3 Système de référence

La majorité des bénéficiaires sont référées par les relais communautaires. Néanmoins il existe d'autres références (auto références; références par les ASC)

4.4 Recours

La grande majorité des bénéficiaires font recours au CSI tan disque d'autres préfèrent utiliser des méthodes comme (automédication, voir les tradi-praticien.....) avant d'aller au CSI.

4.5 Barrières

Les principales barrières sont:

-La Distance

-Le Refus de certains maris

-La Négligence des parents

4.6 Perception

Les mères bénéficiaires perçoivent bien le programme parce que leurs enfants guérissent.

est un des facteurs justifiant cette mesure de PB.

6. Field Officers

6.1 Barrières

Selon le Field Officer, certaines bénéficiaires sont frustrées par les agents, ce les empêche de venir au site

6.2 Communication

La communication entre les différents acteurs (FO, Superviseurs, Agents de santé, HNO) reste à améliorer

6.3 Suivi et VAD

Les abandons sont rares, Pour les cas qui abandonnent les recherches se font en collaboration avec les relais communautaires et les agents de santé

Les non-réponses ne sont pas signalées au Field Officers afin de planifier des visites à domicile

6.4 Perception

Ils ont une bonne perception du CTC, même s'il y a quelques lacunes dans la prise en charge de la malnutrition

7. Communauté

1. Connaissance de la malnutrition

Les communautés connaissent plus le marasme que le kwashiorkor qui est confondu à la fièvre jaune.

2. Barrières

- Malgré la distance qui constitue une barrière; cela n'empêche les femmes de fréquenter les centres nutritionnels.
- Le rejet: c'est tout cas qui répond aux critères d'admission mais qui n'est pas admis au programme. Le rejet peut avoir un effet de contamination dans la communauté qui empêche les femmes ayant les enfants malnutris d'aller au CSI.
- L'insécurité est aussi invoquée comme barrière dans certaines communautés et se présente sous forme des attaques par les animaux dangereux et des violeurs des femmes sur les routes.
- Il ya aussi des cas de refus des maris qui empêchent leurs femmes d'aller au CSI (village de gabaouri; oubandawaki).
- Il ya des cas de stigmatisation cité par la communauté (Gabaouri; Angoual Leko).
- Le recours au traitement: En majorité ; les gens font recours au centre de santé en cas de maladies. Cependant certaines communautés font recours aux soins tradipraticiens et à l'automédication

3 Connaissance du CTC

La communauté a une bonne connaissance du CTC à travers les relais communautaires; les médias ; les agents de santé et les mères bénéficiaires.

4 Perception du service

Les communautés ont une bonne perception du service. Elles l'apprécient beaucoup parceque les enfants guerissent.

Mais la qualité du service est affectée par la rupture du PPN; la ration insuffisante et le mauvais accueil de certains agents.

5 Connaissance des relais

Les s relais sont connus dans les communautés à travers leurs activités (dépistage; sensibilisation etc..).

6 Leaders d'opinion

Les leaders ont une bonne connaissance du programme CTC. La communication est bonne avec tous les relais; seulement le feed back n'est pas toujours fait.

7 Terminologie

La terminologie utilisée est tamo;a; kwamasso; dagna; rama; gnouwa et madago. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme; diarrhée; manque d'hygiène vomissement pendant l'hivernage; les IRA; oreillons et les maux de tete pendant la saison froide; la rougeole et le prolapsus anal pendant la saison sèche

8 Tradipraticien

Les tradipraticiens connaissent le programme CTC et la plupart traitent la malnutrition dans leurs localités.

4.1.3. L'enquête sur les petites zones :

Les villages ont été sélectionnés sur la base de a couverture élevée et faible. Les villages qui ont de moins de 4 admissions sont considérés de couverture faible tant disque celles qui ont des admissions de 4 à plus sont considérées de couverture élevée. La méthode active et adaptative a été utilisée pour rechercher les cas. Ainsi 16 villages ont retenus pour les petites zones repartis dans 8 aires de santé.

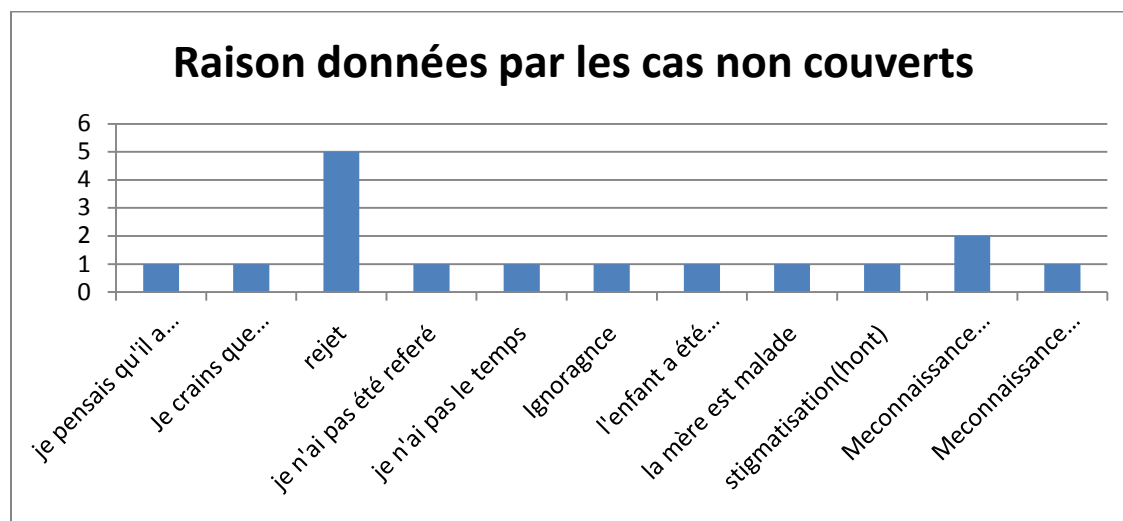
Tableau 5 : Résultats petites zones :

N°equipe	Aire de santé	Village	Nombre total de cas trouvés	Nombre de cas couverts	Nombre de cas non couverts	Couverture	Hypothèse
----------	---------------	---------	-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	-----------

2	Koonaa	Toki	2	1	1	=50%	Rejetée
			VG :3			>50%	Cofirmée
2	Koonaa	Fara	4	3	1	>50%	Rejetée
			VG :1			>50%	Rejetée
3	Baoudet a	Makoda	2	1	1	=50%	Confirmée
			VG :1			<50%	Confirmée
3	Baoudet a	Gochiro	3	1	2	<50%	Rejetée
			VG :1			=50%	Rejetée
4	H.Dawa ki	Koulourou	7	6	1	>50%	Confirmée
			VG :12			>50%	confirmée
4	H.Dawa ki	Moudou	5	4	1	>50%	Rejetée
			VG :7			>50%	Rejetée
1	Romaza	Angoual Leko	4	0	4	<50%	Confirmée
1	Romaza	Mallan Madi	1	1	0	=50%	Rejetée
			VG :4			>50%	Confirmée
1	Gouragé	Hardo Hoté	0	0	0	<50%	Confirmée
1	Gouragé	Dan Jirgaw	1	0	1	<50%	rejetée
2	Gao	Gayamba saboua	2	2	0	>50%	confirmée
			VG :3			>50%	confirmée
2	Gao	Chabaraou a	0	0	0	<50%	confirmée
4	Maiguiz awa	Tonaro	4	4	0	>50%	Rejetée
			VG :4			>50%	Rejetée
4	Maiguiz awa	Koumthi	4	4	0	>50%	Confirmée
			VG :8			>50%	Confirmée
3	Kafin Gatari	Guingama	7	2	5	<50%	rejetée
			VG :3			=50%	Rejetée
3	Kafin Gatari	Garin May aki	1	1	0	>50%	Rejetée
			VG :4			>50%	rejetée

Raisons de non couverture :

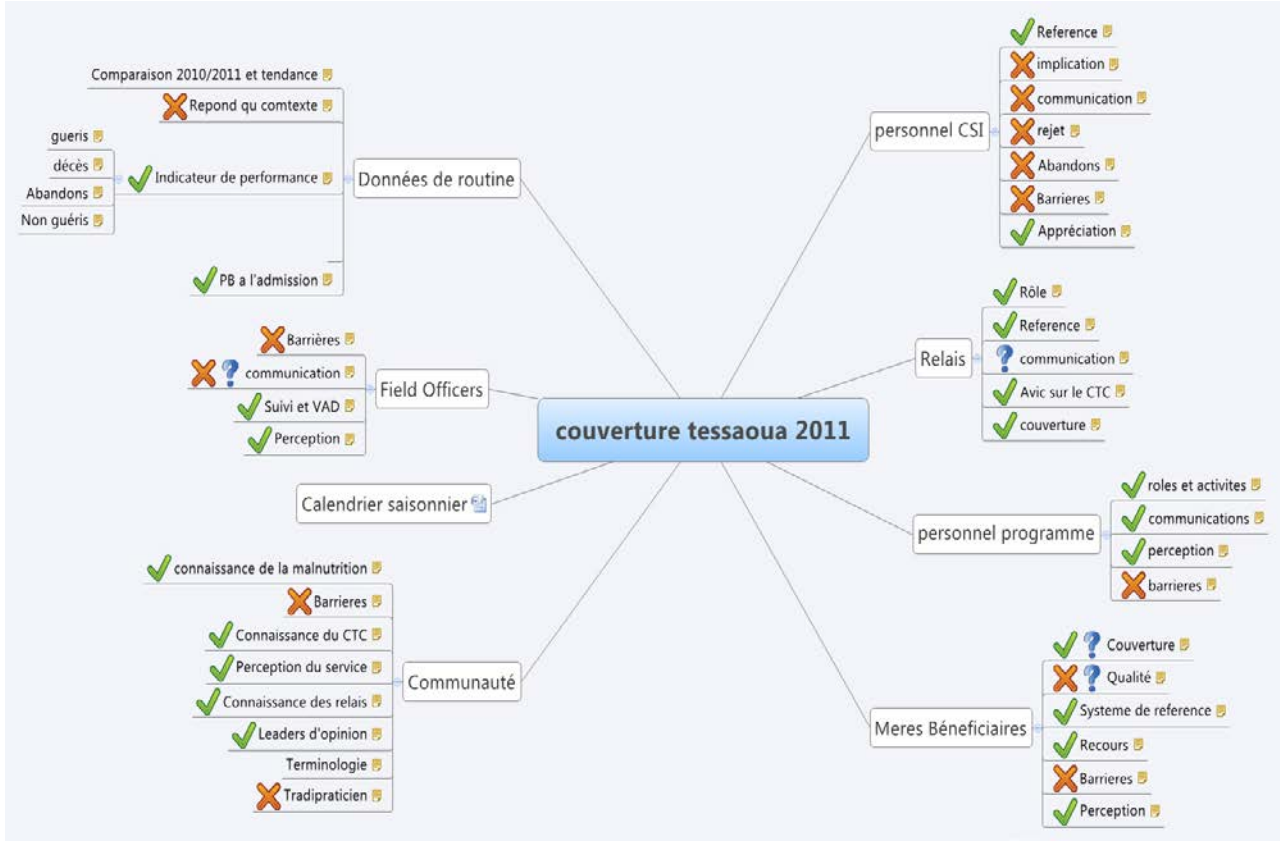
Figure 7 : raisons de non couverture



Le rejet constitue la plus grande barrière de l'accessibilité à notre programma. Le rejet a été défini comme tout enfant admissible dans le programme mais qui n'a pas été admis deux semaines avant le début de l'enquête. On note encore à ce jour des cas qui ont évoqué ne pas connaître le programme ou les signes de la malnutrition.

4.1.2.2 le Mind MAP (Schéma visual)

Fig 8: shéma visuel



Valeur de la Probabilité à priori :

Facteurs positifs	Facteurs négatifs
Connaissance /marasme	Mauvais accueil
Recours au CSI	rejet

Implication CSI	rupture
Connaissance du CTC	distance
Indicateurs de performance	stigmatisation
Bonne perception du service	négligence
Bonne connaissance des relais communautaire	Méconnaissance du CTC
Référence/relais	Tradi-praticien
Référence agent de santé communautaire	Méconnaissance du kwashiorkor
Dépistage actif	insécurité
Sensibilisation faite par relais communautaire	Communication entre relais et personnel CSI
Motivation relais communautaire	automédication

Croyance de la couverture

Groupe 1	50 %
Groupe2	39 ,5%
Groupe3	47%

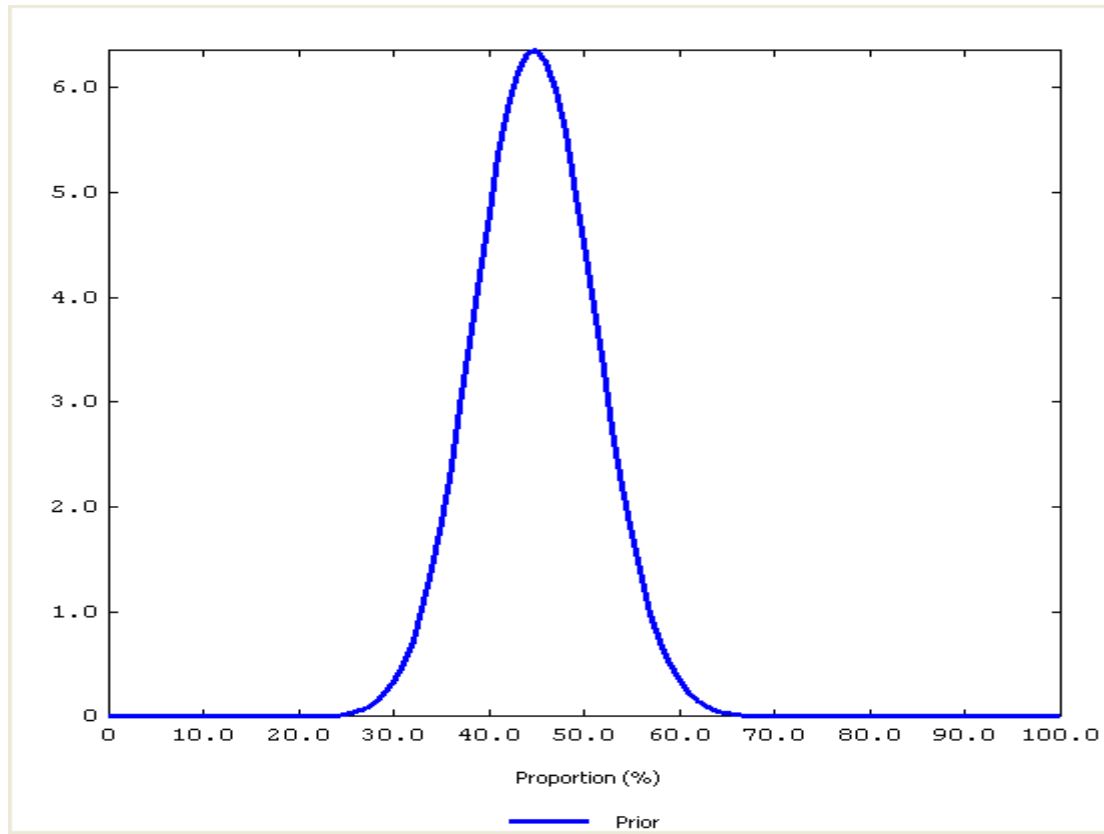
La moyenne de trois croyances est de 45,5%. La croyance était de 49, 1 % en 2010 à Tessaoua.

Concernant les aspects positifs, le programme est connu, et bien fréquenté par toutes les communautés qui en ont une bonne perception à cause de la guérison des enfants admis dans le programme. Les relais communautaires sont connus à travers leurs activités de sensibilisation, de dépistage et de référence des cas. Du fait de la connaissance du programme par la communauté beaucoup de femmes s'auto réfèrent au CSI pour être dépister. Le personnel de CSI s'implique dans les activités de prise en charge de la malnutrition et communique avec les autres intervenants Fields Officers, superviseurs et ECD. Les communautés ont recours d'abord aux CSI en cas de maladie .Cependant le nombre de facteurs négatifs est égal au nombre de facteurs positifs, les communautés ne connaissent pas le Kwashiorkor car elles le confondent à la fièvre jaune. Certaines communautés ont recours en cas de maladies aux Tradi praticiens et autres médicaments de la rue (automédication). Il existe encore des cas de stigmatisation dans certaines communautés qui considère la malnutrition comme une honte. Le mauvais accueil au centre de santé démotive les bénéficiaires qui sélectionnent les CSI fréquentables au détriment des CSI d'attache. Le rejet véritable barrière pour les bénéficieras se manifeste sur plusieurs formes entre autre le refus des réadmissions par méconnaissance des critères d'admission par les agents de santé (qui disent aux femmes qu'un enfant déchargé guéri n'est plus ré admissible) et le manque d'explications claires et suffisantes des causes du rejet.

Par ailleurs Les bénéficiaires passent des longues heures d'attente avant d'être servis, et beaucoup se plaignent de décharges précoces malgré les distances qu'elles parcourent. Même si La distance reste une barrière pour certains centres de sante, cela n'empêche pas aux femmes de fréquenter les centres de santé. On note également une indisponibilité du personnel, l'ors de formation (renforcement de capacité), par les réunions, les surcharges de travail (pic de paludisme) affectant la prise en charge de la malnutrition relayée au second rang. Les abandons sont mal notifiés par les agents des CSI sur les outils de gestion (fiches et registre). La majorité des relais est active cependant ils souhaitent être

motivés par les activités génératrice de revenu et veulent être visités par les responsables du programme et demandent une gratification de leurs efforts de la part de ceux-ci et de la communauté.

Figure 9 : probabilité à priori



4.2 L'Evidence Vraisemblable

L'enquête sur des grandes zones avait touchée 36 villages dans le district de Tessaoua et quelques hameaux pour établir la couverture probable. Après avoir fait le cadrage pour cibler les villages les plus proches du centre de chaque cadrant ont été sélectionnés pour nous servir d'échantillon. La même méthode (active et adaptative) utilisée sur les petites zones sera aussi utilisée dans cette étape. Partant de notre croyance du programme, 72 enfants doivent être recherchés activement dans les villages ciblés.

Résultats de l'enquête :

Le tableau suivant montre le résultat global de l'enquête:

Tableau 6: Résultats de l'enquête sur des grandes zones

	Total Cas Trouvés	Couvert	Non Couvert	En Voie de Guérison
Tessaoua	92	36	32	24

Le nombre de cas couverts est plus important que celui de cas non couverts ce qui montre une bonne tendance .Le nombre important d'enfants en voie de guérison présage aussi la même tendance surtout dans la couverture de la période.

Tableau 7 :Résultats grandes zones :

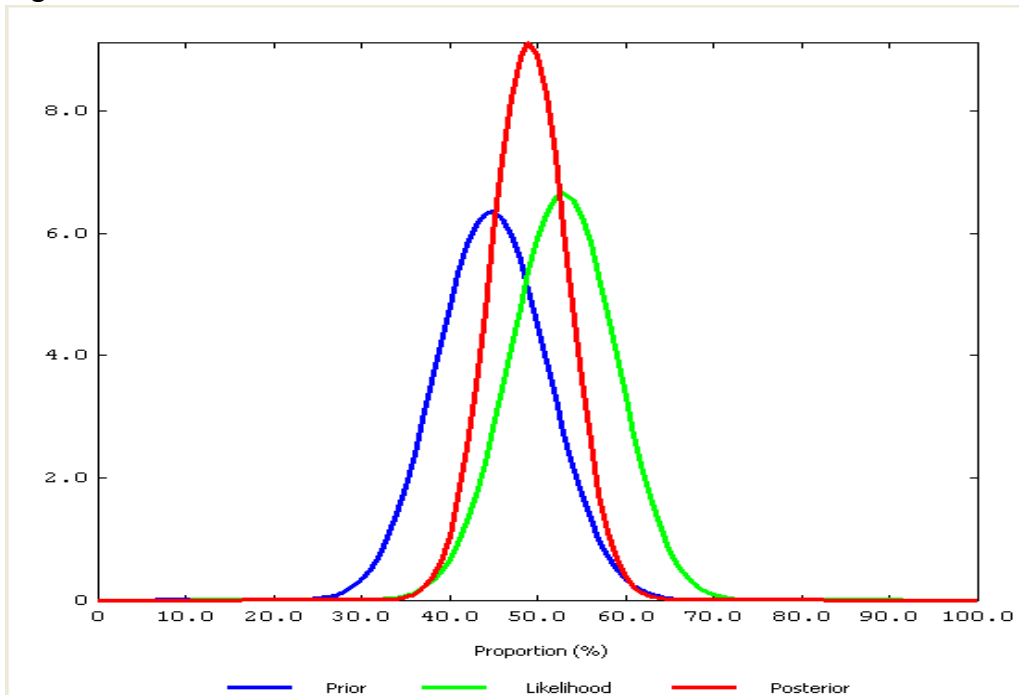
Villages	Cas non couverts	Cas couverts	VG
Karabague	1	0	0
Jimbidawa	2	2	1
Nafouta	10	1	0
Dadin Kowa	1	1	0
Dan Baoussawa	1	0	3
Dan Neino	2	1	0
Nasinta	2	1	0
Mallan Madi	1	1	4
Gaba Wouri	1	0	1
Dan Saâ	0	1	1
T.Gamji	0	0	2
Kamoune	2	0	0
Babaye	4	0	0
G. Dan Bakou	2	0	3
G.Gali	0	9	4
Dan Dodo	0	6	0
Dan Waya	0	3	0
Dubawa	1	2	2
Tawassou	0	2	1
Dargaza	2	1	0
Dogon dawa	0	0	0
Kankalerou	0	0	0
Gd Bamma	0	1	1
Gd Boukary	0	4	1

4.3 Probabilité à posteriori

Les résultats de l'enquête sur les grandes zones ont fourni les mesures suivantes :

Couverture Actuelle: $36/32+ 36 \times 100 = 52,94\%$

Figure 10 : Couverture actuelle

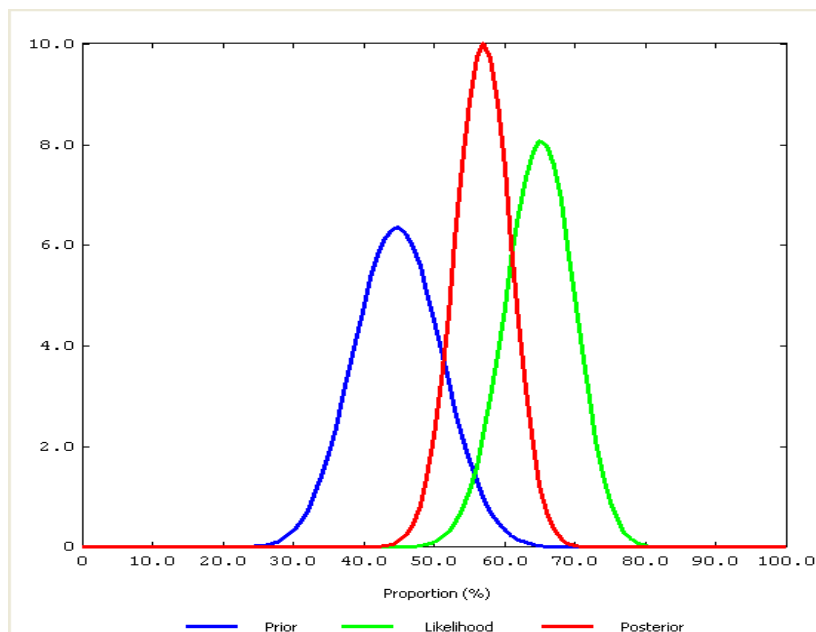


Couverture actuelle : 49% (IC : 40, 7-57, 7)

En Novembre 2010 : la couverture actuelle était de : 36, 7% (95% IC : 44, 5 -28, 9)

Couverture de la Période: $36 + 24 / 36 + 24 + 32 \times 100 = 65,2\%$

Figure 11 : couverture de la période



Couverture de la période : 57% (IC : 49- 64 ,5)

En Novembre 2010 : La couverture était de Couverture de la période : 50, 7% (95% : 43,6 - 57 ,8)

Raisons des cas non couverts

Tableau 8: Connaissance de la Malnutrition et du Service PECMA

	Conscient de la malnutrition de l'enfant		Connaissance du Service PECMA		Déjà Admis au CTC	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Nombre	31	1	3	29	25	7
%	99 ,2	0,8	9 ,37	90 ,6	78 ,12	21 ,87

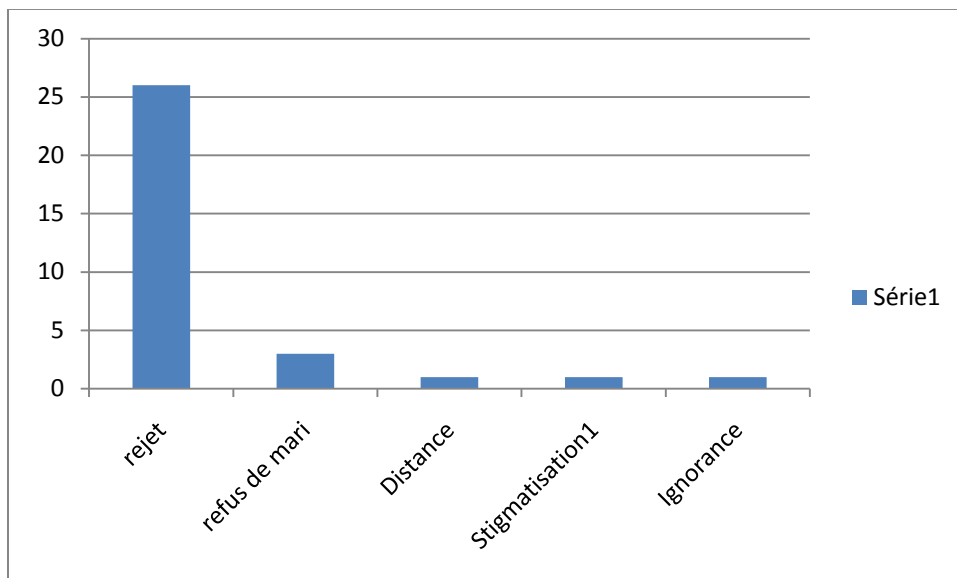
Une majorité écrasante des accompagnantes sont conscientes de la malnutrition de leur enfant.

Le service est aussi connu de ces accompagnants soit de ces enfants(90,6%) et 78% d'entre eux ont déjà bénéficié du programme.

Les accompagnants de ces cas non couverts ont évoqué les raisons suivantes :

- Rejet
- Refus du mari
- distance
- stigmatisation
- Ignorance

Figure :Raisons cas non couverts



Le rejet représente la plus grande barrière à l'accessibilité soit plus de 81 %. Le rejet a défini au cours de cette enquête comme un enfant répondant aux critères d'admissions mais qui n'a pas été admis au programme 2 semaines avant l'enquête.

Quelle soit sa cause, le rejet influence négativement la perception de la mère sur le programme. Il démotive les relais communautaires et entame de ce fait la qualité de leur travail, ainsi que le capital de confiance que la communauté place en eux. En suite de cela, les explications de rejet ne satisfont pas les mamans, et le feed back n'est pas souvent fait aux relais.

4.4 Formation du personnel :

Le SQUEAC est une méthode d'apprentissage pour les équipes qui y participent. Les deux agents de district ayant participé à l'enquête ont bénéficié de l'encadrement technique tout au long du déroulement de l'enquête. Cela a servi également de renforcer les capacités des agents Save the Children qui ont participé à cette investigation à travers les exercices pratiques et les analyses situationnelles.

5. Discussion :

L'enquête de couverture estime la couverture de la période du programme de prise en charge communautaire de la malnutrition à 57%. A comparer aux résultats de Novembre et Janvier 2010 ce taux a connu une évolution significative. L'ouverture de 13 nouveaux CRENAM et l'intensification du dépistage à travers les caravanes de sensibilisation de masse soit 29 cette année sont des facteurs qui pourraient améliorer ces taux. En plus Save a renforcé les capacités des agents de santé sur la prise en charge de la malnutrition à l'endroit de 59 agents de santé qui travaillent dans les centres de récupération nutritionnelle. Au niveau communautaire près de 1000 relais formés et recyclés sur la prévention des maladies cette année et 10 nouvelles mutuelles de santé mises en place pour favoriser l'accès des populations aux soins de santé. D'autres activités de prévention ont été développées par le programme santé telles que les vaccinations fixes, mobiles et avancées et les formations sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire) ; le suivi ; la supervision et le monitoring des centres de santé. Ainsi que les activités de maraichage et d'embouche des petits ruminants mis en œuvre par le département de la sécurité alimentaire y ont beaucoup contribué.

La couverture actuelle du programme est de 49 % ; ce qui suggère que 51 % d'enfants malnutris sévères ne sont pas couverts par le programme. Beaucoup des barrières ont été identifiées mais le rejet des enfants malades par les agents de santé constitue la plus grande part. Mais toute fois certaines femmes bénéficiaires du programme ignorent encore la connaissance de la malnutrition et le programme. Le rejet provoque la démotivation des volontaires et pourrait avoir un effet de contamination dans la communauté ce qui favoriserait la mauvaise couverture.

6. Recommandations

1. A l'endroit du programme :

- Recruter un Field officer par CSI,

- Recruter un superviseur pour 3 CSI,
- Augmenter le personnel d appui au niveau des CSI,
- Améliorer davantage le système de commande,
- Poursuivre le renforcement de capacité des agents de sante sur la prise en charge de MAS,
- Intensifier les sensibilisations sur les maladies des enfants dont le kwashiorkor,
- Continuer a promouvoir le PB comme critère d admissions au crénas,
- Elargir la prise en charge MAS au niveau de case de sante
- Intensifier le suivi, la formation des relais surtout dans les zones de faible couverture,
- Donner des cadeaux symboliques aux relais communautaires,
- Tenir régulièrement des rencontres d'échange entre Field officer, agents de sante et relais communautaires,
- Poursuivre les formations des relais et autre leaders communautaire sur la malnutrition,
- Doter les relais en matériels de dépistage (PB, classeur).

2. A L'endroit des partenaires (Agent de santé, équipe cadre du district et la direction régionale de la santé publique).

- Implication effectif de l'équipe cadre du district dans la prise en charge MAS
- Suivre l'application du PB comme critère indépendant d'admission au CRENAS,
- Considérer la malnutrition comme toutes autres maladies,
- Attirer l'attention des agents de santé sur le rejet des enfants admissibles au CRENAS,
- Assurer régulièrement la prise en charge MAS dans tous les CSI,
- Faire parvenir les commandes PPN des CSI dans le délai,
- Etablir périodiquement la liste des absents et abandons dans chaque CRENAS et les transmettre aux Field officers,
- Améliorer le système de communication entre les relais ,les agents de santé,

3. A l'endroit de la communauté :

- Motiver les relais communautaires dans leurs activités quotidiennes (exemple relancer le système de tri par ménage et par an),
- S'approprier et pérenniser les bonnes pratiques en santé et en nutrition

Bibliographie

1. Jones D, Décembre 2008 ' Enquête de Couverture des CRENAS dans les districts de Tessaoua et Aguié (Région de Maradi) et le district de Kantché (Région de Zinder) Niger'
2. Ministère de la Santé Publique Niger Juin 2009 ' Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition'
3. Moumouni A , Janvier 2010, Enquête de couverture SQUEAC Aguié(Region de Maradi) Niger
4. Norris A, Février 2010 'Mini Guide pour le SQUEAC'
5. Norris A, Janvier 2010 ' Enquête de Couverture des CRENAS dans les districts de Tessaoua (Région de Maradi) et le district de Kantché (Région de Zinder) Niger'
6. Paul B, Novembre 2010 ' SQUEAC SCUUK Tessaoua Valid Draft
7. Soumana A, Novembre 2010 "enquête de couverture SQUEAC Matamey (Région de Zinder) Niger
8. Valid International, 2006, 'Community-Based Care: A Field Manual'
9. WHO & UNICEF 'WHO Child Growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children' 2009.

Annexe 1 : Calendrier SQUEAC Tessaoua 2011

	Actions	Nbre de jours	Maradi
1	Information aux partenaires (DRSP/District/autorites administratives)	1	fait
2	Suivis des réquisitions et vérifications des achats	1	14/11/2011
3	Collecte des données de routine	3	14/11/2011 au 16/11/2011
4	Briefing des équipes	1	17/11/2011
5	Analyse des données du programme	2	18/11/2011 au 19/11/2011
6	programmation de l'enquête sur la petite zone	1	20/11/2011
7	collecte des données qualitatives	3	21/11/2011 au 23/11/2011
8	Recherche des abandons dans la petite zone	1	24/11/2011
9	Recherche des cas dans la petite zone	2	25/11/2011 au 26/11/2011
10	Debriefing et calcul de la probabilité a priori	1	27/11/2011
11	Cartographie - identification des villages pour l'enquête dans la grande zone	1	28/11/2011
12	Enquête dans la grande zone	3	29/11/2011 au 01/12/2011
13	Calcul de la couverture finale et recommandations	1	03/12/2011
14	Ecriture des rapports	5	4/11/2011 au 8/11/2011
15	feed back du rapport de la coordination	4	9/12/2011 au 12/12/2011
16	Correction des propositions d'amendement	5	13/12/2011 au 17/12/2011
17	Dissémination du rapport	1	18/12/2011

couverture tessaoua 2011

1. personnel CSI

1.1 Reference



la majorité des references viennent des relais communautaire à cela s'ajoute les auto references et les references des cases de santé

1.2 implication



tous les agents ne sont pas pleinement impliqués dans la prise en charge nutritionnelle au niveau des CSI par manque du systeme de rotation.

la prise en charge est faite par les relais et les membres du coges dans la majorité des CSI. Cela s'explique par la reduction du personnel d'appui par contrainte budgetaire.

1.3 communication



la communication est à améliorer entre les acteurs entervenant dans les activités du CRENAS (relais agent de santé et membre des coges).

1.4 rejet



les raisons du rejet ne sont pas clairement expliquées aux mères beneficiaies. Les mères de bénéficiaires ne sont pas satisfaites des explications données par les agents qui font la prise en charge.

1.5 Abandons



Dans la majorité des CRENAS les agents de prise en charge ont notifié qu' il y a peu d'abandons. Les ruptures des intrants et les doubles flux en sont les raisons principales.

1.6 Barrières



les différentes barrières évoquées par les personnels du CSI sont distance et les travaux champêtres).

1.7 Appréciation



les personnels du CSI apprécient bien le programme car beaucoup des enfants guérissent.

2. Relais

2.1 Rôle



Du point de vue activités de sensibilisation et de dépistage de la malnutrition, les relais connaissent leur rôle et attribution. Certains appuient même le CRENAS dans le centre de prise en charge de la malnutrition.

Malgré le travail de volontariat auquel les relais sont assujettis, ils affirment être motivés néanmoins ; ils souhaiteraient être soutenus par pr des gestes(bonifications).

2.2 Référence



On assiste à un taux plus élevé de l'auto référence dans les différents registres parcourus par rapport aux références faite par les relais. Ce qui explique d'après les quelques témoignages des agents de santé, les agents chargés de prise en charge ne prennent pas soins de mentionner les références faites par les relais.

2.3 Communication



il existe une bonne communication entre les relais et les field officer, néanmoins celle-ci reste à améliorer entre relais et personnel CSI (feed back inexistant sur le système de référence et contre référence).

2.4 Avis sur le CTC



les relais ont une bonne perception du CTC car beaucoup des enfants sortent guéris dans le programme.

2.5 couverture



Selon certains relais interviewés, la couverture dans son ensemble est bonne car tous les enfants sont couverts par le programme.

3. personnel programme

3.1 rôles et activités



Selon le personnel du programme ; le maximum de temps est consacré dans le cadre de la lutte contre la malnutrition

3.2 communications



Pour le personnel du programme la communication est bonne au niveau de tous les intervenants (CRENAS : CSI ,District,et Programme)

3.3 perception



le programme est bien perçu pour les personnes interviewés. Cependant pour pérenniser la prise en charge communautaire de la malnutrition Il faut développer des programmes de développement. Il faut redynamiser le CRENAM.

3.4 Barrières



la seule barrière évoquée est la distance

4. Mères Bénéficiaires

4.1 Couverture



D'une manière générale les mères bénéficiaires affirment que la couverture est bonne, même si quelque fois on rencontre une minorité qui conteste cette affirmation.

4.2 Qualité



La qualité du service est appréciée par les bénéficiaires qui font une durée d'attente de moins de 25 mn par exemple. Néanmoins certaines précisent qu'elles font plus de 4h d'attentes. En outre celles ci ont évoqué la rupture des intrants et le mauvais accueil.

4.3 Système de référence



La majorité des bénéficiaires sont référées par les relais communautaires. Néanmoins il existe d'autres références(auto références; références par les ASC)

4.4 Recours



La grande majorité des bénéficiaires font recours au CSI tan disque d'autres préfèrent utiliser des méthodes comme (automédication, voir les tradi-praticien.....) avant d'aller au CSI.

4.5 Barrières



Les principales barrières sont:

- La Distance
- Le Refus de certains maris
- La Négligence des parents

4.6 Perception



Les mères bénéficiaires perçoivent bien le programme parce que leurs enfants guérissent.

5. Données de routine

5.1 Comparaison 2010/2011 et tendance

En 2010, le programme a enregistré plus d'admission qu'en 2011. Cet état de fait s'explique par la disponibilité alimentaire, le cash transfert, les distributions des chèvres, le maraichage, et l'intensification des sensibilisations au niveau communautaire. A cela s'ajoute l'implantation des nouveaux CRENAM. Il faut aussi noter que la période de pic a été observée pendant le mois de mai. La baisse des admissions a coïncidé avec la tombée des premières pluies augmentant du coup la charge du travail au niveau communautaire. Cependant, de juillet jusqu'à octobre, la courbe 2011 a évolué en dent de scie.

5.2 Répond au contexte



A partir de juillet une baisse des admissions s'observe coïncidant avec la tombée des premières pluies et les maladies. Or le programme devrait s'attendre à une montée des admissions, ce qui nous pousse à dire que le programme n'a pas répondu au contexte pendant cette période.

5.3 Indicateur de performance



Comparativement aux deux (2) dernières années, en 2011, les indicateurs de performance sont meilleurs que ceux des années antérieures (2009 et 2010).

5.3.1 guéris

Le taux de guérison est de 91.3 % répondant aux normes SPHERES.

5.3.2 Décès

Le taux de décès est de 0.5 % qui répond aux normes SPHERES (< à 10%)

5.3.3 Abandons

Le taux est de 2.2% correspondant aux normes SPHERE (< à 15%)

5.3.4 Non guéris

Le taux de non guérison est de 2.6% correspondant aux normes SPHERES.(< à 10%)

5.4

5.5 PB a l'admission



Le PB médian a l'admission est de 110, ce qui veut dire que les enfants viennent a temps au programme. L'implication des relais communautaires dans les activités de dépistage des cas MAS, et de sensibilisation est un des facteurs justifiant cette mesure de PB.

6. Field Officers

6.1 Barrières



Selon le Field Officer, certaines bénéficiaires sont frustrées par les agents, ce les empêche de venir au site

6.2 Communication



La communication entre les différents acteurs(FO, Superviseurs ,Agents de santé, HNO)reste à améliorer

6.3 Suivi et VAD



Les abandons sont rares, pour les cas qui abandonnent les recherches se font en collaboration avec les relais communautaires et les agents de santé

Les non-réponses ne sont pas signalées au Field Officers afin de planifier des visites à domicile

6.4 Perception



Ils ont une bonne perception du CTC, même s'il y a quelques lacunes dans la prise en charge de la malnutrition

7. Calendrier saisonnier

8. Communauté

8.1 Connaissance de la malnutrition



Les communautés connaissent plus le marasme que le kwashiorkor qui est confondu à la fièvre jaune.

8.2 Barrières



Malgré la distance qui constitue une barrière; cela n'empêche les femmes de fréquenter les centres nutritionnels.

Le rejet: c'est tout cas qui répond aux critères d'admission mais qui n'est pas admis au programme. Le rejet peut avoir un effet de contamination dans la communauté qui empêche les femmes ayant les enfants malnutris d'aller au CSI.

L'insécurité est aussi invoquée comme barrière dans certaines communautés et se présente sous forme des attaques par les animaux dangereux et des violeurs des femmes sur les routes.

Il ya aussi des cas de refus des maris qui empêchent leurs femmes d'aller au CSI (village de gabaouri;oubandawaki).

Il ya des cas de stigmatisation cité par la communauté (Gabaouri; Angoual Leko).

Le recours au traitement: En majorité ; les gens font recours au centre de santé en cas de maladies. Cependant certaines communautés font recours aux soins tradipraticiens et à l'automédication

8.3 Connaissance du CTC



La communauté a une bonne connaissance du CTC à travers les relais communautaires; les médias ; les agents de santé et les mères bénéficiaires.

8.4 Perception du service



Les communautés ont une bonne perception du service. Elles l'apprécient beaucoup parceque les enfants guérissent.

Mais la qualité du service est affectée par la rupture du PPN; la ration insuffisante et le mauvais accueil de certains agents.

8.5 Connaissance des relais



Les s relais sont connus dans les communautés à travers leurs activités (dépistage; sensibilisation etc..).

8.6 Leaders d'opinion



Les leaders ont une bonne connaissance du programme CTC. La communication est bonne avec tous les relais; seulement le feed back n'est pas toujours fait.

8.7 Terminologie

La terminologie utilisée est tamoia; kwamasso; dagna; rama; gnouwa et madago.

Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme; diarrhée; manque d'hygiène vomissement pendant l'hivernage; les IRA; oreillons et les maux de tête pendant la saison froide; la rougeole et le prolapsus anal pendant la saison sèche

8.8 Tradipraticien



Les tradipraticiens connaissent le programme CTC.

La plus part des tradipraticiens connaissent le marasme et cherche à traiter les enfants malnutris de ce fait ces tradipraticiens retardent la prise en charge au niveau des CSI.

Annexe 3 : liste de participants

Equipe N°1		
1	Kandine	Mai Oumara
2	Mme Abdou	Mariama
3	Ibrahim	Mahamadou
Equipe N°2		
4	Amadou	Abdou
5	Rahila	Jadi
6	Alio	Almoustapha

Equipe N°3		
7	Kadi	Béogo
8	Souleymane	Abderhamane
9	Ibrahim	
Equipe N°4		
10	Maman	Sani Sambo
11	Maman	Chaibou
12	Mme Issoufou	Hadjia Zara