

Enquête d'évaluation de la couverture de la prise en charge intégrée de la malnutrition Aiguë (PCIMA) par la méthode SLEAC (Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié)

Terre des hommes, rapport d'évaluation de fin de l'action ECHO7, 2014

Résumé

L'enquête SLEAC a été réalisée pour fournir une classification de la couverture des services du programme PCIMA. Le niveau de représentativité est le district sanitaire. L'enquête a couvert six districts sanitaires dont trois par région sanitaire que sont : la Boucle du Mouhoun et le Nord. Ainsi 180 villages ont été enquêtés relevant de 133 centres de santé (CSPS).

Conformément à la méthodologie de l'enquête, la recherche active des cas (RAC) menée dans les villages a permis d'identifier 679 enfants dont 312 cas de MAS et 367 en voie de guérison. Parmi les cas de MAS, 41% (129) n'étaient pas couverts par le programme et 7 enfants présentaient des œdèmes dont 5 dans la boucle du Mouhoun. Les districts de la région de la Boucle du Mouhoun ont présentés les valeurs extrêmes des cas d'enfants cible identifiés (max=141 cas à Tougan et min=90 à Dédougou). L'âge médian des enfants identifiés était de 14 mois.

La couverture actuelle a été retenue pour 4 districts (Titao, Séguénéga, Dédougou et Toma) et les 2 autres districts (Ouahigouya et Tougan) classés selon la couverture période. Ainsi en tenant compte des valeurs seuils de classification, les six districts ont présentés une classification de la couverture à 50% moyenne (Titao, Dédougou et Toma) et élevée (Séguénéga, Ouahigouya et Tougan).

1. Introduction

En 2007, le Burkina Faso a adopté le protocole de prise en charge de la malnutrition. En 2009, le Ministère de la Santé (MS), par le biais de la Direction de la Nutrition (DN) et l'appui technique et financier des bailleurs, a lancé le passage à l'échelle nationale de l'approche.

L'ONG Terre des hommes (Tdh) à travers un financement de ECHO et d'autres bailleurs appui le Ministère de la santé pour l'implémentation de la PCIMA dans 6 districts sanitaires relevant de deux régions sanitaires que sont la Boucle du Mouhoun et le Nord.

La réalisation de l'enquête de couverture a pour but principal d'évaluer la couverture directe du traitement pour la prise en charge en ambulatoire (PCA) de la malnutrition dans les six (06) districts en fin d'action 2014 de mise en œuvre du projet de réduction de la malnutrition de Tdh.

La méthode d'enquête SLEAC a été choisie car elle fournit rapidement une classification de la couverture pour des zones comme les districts sanitaires. En février 2014, la même méthode a été utilisée pour évaluer la couverture dans les deux régions et ont servi de données de base pour le démarrage de l'action de 2014. Idéalement, la méthode SLEAC est suivie par une investigation SQUEAC; cette deuxième méthode est appliquée au niveau local afin d'obtenir

l'estimation de la couverture et mieux comprendre les facteurs qui déterminent le succès ou l'échec du programme de la PCIMA.

La présente enquête a en outre pour objectifs spécifiques de : (i) évaluer la capacité de dépistage précoce de la population cible et d'atteindre le plus grand nombre possible, et de (ii) déterminer la classification de la couverture dans les six districts pour le service de Prise en Charge Ambulatoire (PCA).

2. Méthodologie

2.1 La méthode SLEAC

Différentes méthodes, dont SLEAC ont été développées pour classifier ou estimer la couverture des programmes PCIMA et fournir aux gestionnaires des outils pour identifier les barrières éventuelles, afin d'intervenir au plus vite pour l'atteinte d'une couverture optimale.

La méthode SLEAC est une méthode d'enquête rapide demandant peu de ressources et permet de fournir la classification de la couverture du service PCIMA dans une unité de service qui peut être l'aire sanitaire de couverture d'une formation sanitaire, d'un district sanitaire ou d'une région sanitaire. Elle identifie la catégorie de la couverture (faible, modérée ou élevée) obtenue dans le district sanitaire qui est l'unité de service retenue dans le cadre de cette évaluation. Cette approche donne une classification exacte et fiable avec des échantillons de taille relativement réduite ($n \leq 40$).

2.2 Echantillonnage

L'enquête SLEAC utilise des échantillons de petite taille ($n \leq 40$) et produit une classification de la couverture fiable et précise. Le niveau de représentativité ou l'unité de service est le district sanitaire.

L'enquête SLEAC utilise un sondage stratifié à deux degrés. L'unité primaire étant le district, le nombre de villages nécessaires pour atteindre la cible de 40 cas de MAS a été déterminé. La détermination du nombre de villages est fonction la taille médiane de la population cible (enfant de 6- 59 mois) des villages, de la prévalence de la MAS dans le district. En tenant compte des valeurs, le nombre de villages à échantillonner a été de 171. Les villages a enquêté ont été sélectionnées par sondage aléatoire simple. A travers la liste des villages une recherche active et adaptative des cas a été réalisée dans chaque village échantillonné.

Au regard de la taille moyenne des villages sur l'effectif des enfants de 6-59 mois et l'hétérogénéité des cas de MAS, le nombre de villages a enquêtés a été ajusté en vue d'obtenir sur le district sanitaire la valeur cible de 40 enfants. Ainsi 180 villages ont été enquêtés. Dans les districts de Dédougou (36) et Ouahigouya (39) la valeur cible souhaité n'a pratiquement pas été atteinte.

Tableau 1 : Echantillonnage des villages a enquêtées

Région	District	Nombre de village	Pop des 6 - 59 mois	Prévalence MAS	Nombre de cas attendus	Echantillonnage		
						Taille moyenne des villages	Taille échantillon	Nombre de village enquêté
Nord	Titao	149	41 788	1,18%	493	177	19	27
	Séguénéga	159	42 818	0,44%	187	205	45	34
	Ouahigouya	306	95 421	0,97%	926	202	20	28
	Nord	614	180 027				84	89
Boucle du Mouhoun	Dédougou	211	74 945	0,82%	615	241	20	27
	Toma	127	37 751	0,77%	291	219	24	28
	Tougan	174	46 422	0,49%	227	191	43	36
	Boucle du Mouhoun	512	159 118				87	91
Total zone d'évaluation		1 126	339 145				171	180

2.2 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 09 au 14 février 2015. En prélude, une journée entière a été consacrée à la formation théorique des enquêteurs et le lendemain une phase pratique sur la recherche active et adaptative des cas (RAC). La RAC est la méthode utilisé dans le SLEAC pour la collecte des données, c'est dire l'identification des cas (enfants MAS : couvert et non couvert et Enfant MAS en voie de guérison). Cette méthode est basée sur :

- une définition claire de ce qui est un cas ;
- l'identification des informateurs clé (gens qui connaissent bien les enfants sévèrement malnutris ou qui sont impliqués dans les soins) ;
- utilisation de la terminologie locale pour la description de la malnutrition et des types de malnutrition (marasme, kwashiorkor) ;

Ces activités préliminaires ont été menées avant le démarrage de l'enquête terrain afin de faciliter la RAC dans les villages.

La collecte des données consistait à se rendre dans le village échantillonné, à l'aide de l'informateur clé, identifié les cas par la mesure du PB et l'observation des carnets de santé ou de la possession des emballages ou sachet de PPN pour les enfants couverts. Pour chaque cas identifiés remplir la fiche de collecte de données et pour les cas de MAS non couvert, administré à la mère d'enfant le questionnaire pour enfants MAS non couvert.

Au total, 40 enquêteurs, 12 superviseurs, 2 coordinateurs régionaux et un coordinateur national ont été mobilisé pour cette phase de collecte des données. L'équipe projet de Tdh à travers la cellule S&E a assuré le déroulement technique de l'enquête en collaboration avec les membres des équipes cadres de districts.

2.3 Analyse des données

L'analyse des données a consisté en les étapes : (i) saisies de données en vue de disposer du format électronique des questionnaires remplis sur le terrain, (ii) contrôle qualité des données, (iii) tabulation des principaux indicateurs et (iv) détermination de la classification de la couverture pour chaque district.

La saisie des données a été réalisé sur CsPro et les données exportés sur SPSS et Excel pour contrôle qualité et tabulation des indicateurs.

Pour la classification de la couverture des districts les seuils de décision des catégories ont été

discutés et arrêtés lors de la précédente enquête SLEAC réalisée en baseline et se présentait comme suit : 35% comme seuil inférieur et 60% comme seuil supérieur. Cette décision est basée, d'une part, sur le fait que les activités PCA existent dans la région depuis au moins 2011 au Nord et 2008 à la Boucle du Mouhoun, et d'autre part, sur les résultats des enquêtes SQUEAC réalisées dans les deux régions ces dernières années. En outre, cela servira de comparaison de la performance réalisée par les districts au cours de l'année de l'action.

Les deux mesures d'évaluation de la couverture des programmes nutritionnels ont été utilisées pour exprimer la classification :

- La **couverture actuelle** qui représente le niveau de couverture au moment de l'enquête. Cet estimateur utilise uniquement les données sur les cas actuels. Il fournit un instantané des performances du service et met fortement l'accent sur le caractère rapide de la recherche des cas et du recrutement.
- La **couverture de la période** qui prend en compte tous les enfants sous traitement au moment de l'enquête, et cela indépendamment de leur état nutritionnel. Cet estimateur utilise donc à la fois les données sur les cas actuels et sur les cas en voie de guérison. Les cas en voie de guérison sont les enfants qui devraient être soignés parce qu'ils n'ont pas encore atteint les critères requis pour que leur traitement puisse cesser.

Une seule mesure est utilisée pour le calcul du taux de couverture et la détermination de la classification du district en fonction des seuils de décision. Le choix du type de couverture utilisé étant guidé par les caractéristiques du service :

- Si le programme présente un bon niveau de recherche de cas et de recrutement (c.-à-d. cas de MAS décelés au début de la maladie), ainsi que des durées de séjour courtes, alors l'estimateur de la couverture de la période est probablement approprié.
- Si le programme présente un faible niveau de recherche de cas et de recrutement (c.-à-d. cas de MAS décelés durant les derniers stades de la maladie), ainsi que des durées de séjour longues à cause d'une présentation et/ou d'une admission tardives, alors l'estimateur de la couverture actuelle est probablement plus adapté.

3. Résultats

3.1 Analyse des données de routine

Les six (06) districts sanitaires des deux régions couvertes par l'action disposent, pour la prestation de la PCIMA, au total de 220 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), six (06) Unités de prise en charge en interne (PCI) de la MASc (UPCI) et deux (02) Centre Hospitaliers Régionaux (CHR) qui réalisent la PCI également.

Pour l'action 2014, Tdh a apporté un important appui dans le renforcement de capacité de prestation de la PCIMA : l'approvisionnement en intrants, la motivation des ASC et agent de santé pour le dépistage systématique à chaque contact d'enfant cible, l'organisation trimestrielle des campagnes de dépistages de masse, etc.

3.1.1 Dépistage actif

Des campagnes trimestrielles de dépistage de masse ont été réalisées sous le financement de Tdh dans l'ensemble des six districts. Les dernières campagnes de dépistages ont été réalisées dans les périodes suivantes :

- DS de Ouahigouya : du 18 au 20 novembre 2014
- DS de Séguénéga : du 16 au 18 octobre 2014
- DS de Titao : du 01 au 03 décembre 2014
- DS de Tougan : du 16 au 18 octobre 2014

- DS de Dédougou : du 16 au 18 décembre 2014
- DS de Toma : du 16 au 18 octobre 2014

Tableau 2 : Résultats des dernières campagnes de dépistage de masse dans les districts

Régions sanitaires	Districts sanitaires	Cibles atteintes (%)	Prévalence MAM (%)	Prévalence MAS (%)	Prévalence MAG (%)
Nord	Ouahigouya	109.98	3.55	1.07	4.62
	Titao	131.14	1.48	1.54	3.03
	Séguénéga	112.61	3.22	0.48	3.71
Boucle du Mouhoun	Dédougou	178.89	1.09	0.54	1.62
	Tougan	103.96	2.16	0.74	2.90
	Toma	112.22	2.48	1.42	3.90

Source : Rapport des campagnes des districts sanitaires

3.1.2 Indicateurs de performance

Afin d'apprécier la performance des activités de prise en charge, nous avons compilé le nombre d'admissions au cours des 13 derniers mois (janvier 2014 à janvier 2015) ainsi que les données de sortie afin de calculer les indicateurs de performance. Le tableau suivant résume les données pour chaque district.

Tableau 3 : Indicateurs de performance (janvier 2014-janvier 2015)

Régions	District Sanitaire	Guéris (%)	Abandons (%)	Décès (%)	Non-répondants (%)
Nord	Ouahigouya	96.67	2.13	0.92	0.28
	Séguénéga	99.12	0.63	0.13	0.13
	Titao	91.22	7.41	1.33	0.04
Boucle du Mouhoun	Dédougou	96.25	1.91	0.61	0.23
	Tougan	98.85	0.51	0.38	0.26
	Toma	98.90	0.80	0.40	0.27

Source : Tableau de suivi des indicateurs du projet (ECHO 7 - Tdh 2014)

Pour mieux apprécier la performance des services de PCA, les indicateurs supplémentaires de performance suivantes ont été également analysés : la durée moyenne du traitement et la moyenne du gain de poids au cours du traitement, ces données sont calculées sur le nombre de « déchargés guéris ». Ces indicateurs peuvent aider dans la décision quant au type de couverture le plus approprié pour une intervention donnée.

Tableau 4 : Moyennes de la durée de séjour et du gain de poids

Régions	District sanitaire	Durée de séjour (jrs)	Gain de poids moyen (g/kg/j)
Nord	Ouahigouya	59	7.42
	Titao	64	4.13
	Séguénéga	55	5.52
Boucle du Mouhoun	Dédougou	51	4.94
	Tougan	70	4.15
	Toma	64	4.20

Source : Tableau de suivi des indicateurs du projet (ECHO 7 - Tdh 2014)

L'analyse de ces données nous montre des durées moyennes de séjour de plus de 56 jours (8 semaines) mais toutefois dans les limites acceptables pour les enfants admis par le PB (56-112 jours) sauf les DS de Séguénéga (55) et de Dédougou (51) et dans une moindre mesure le DS

de Ouahigouya avec 59 jours. Il faut noter que dans l'ensemble des DS le critère d'admission est le PB pour plus de 70% des enfants sauf dans les DS de Ouahigouya et de Dédougou où ce taux est respectivement de 60% et 62%.

Quant à la moyenne des gains de poids, quoiqu'elle ne soit plus un indicateur utilisé pour évaluer les performances dans le PCMA, elle est dans la fourche de 4-5g/kg/j (gain moyen pour tout enfant mis sous PPN) avec Ouahigouya qui est au-delà de 7g/kg/j.

3.2 Caractéristique de l'échantillon

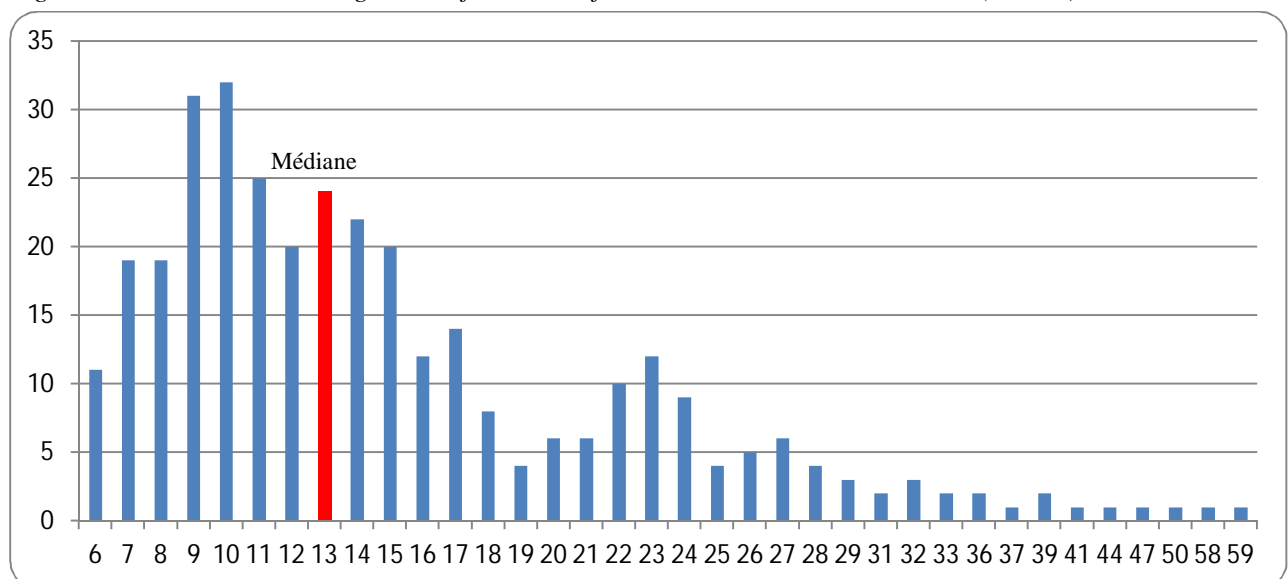
3.2.1 Age des enfants identifiés

Au total, dans les six districts, 679 enfants ont été identifiés comme répondant aux critères de la population visés par l'enquête SLEAC (enfants MAS, couvert ou non couvert ou enfant en voie de guérison). L'âge médian des enfants identifiés est de 13 mois dans la région du Nord et de 16 mois dans la région de la Boucle du Mouhoun. Les valeurs modales de l'âge (9) représentent entre 8 et 11% des enfants identifiés.

Tableau 5 : Age (médiane – mode) des enfants identifiés par région et district sanitaire

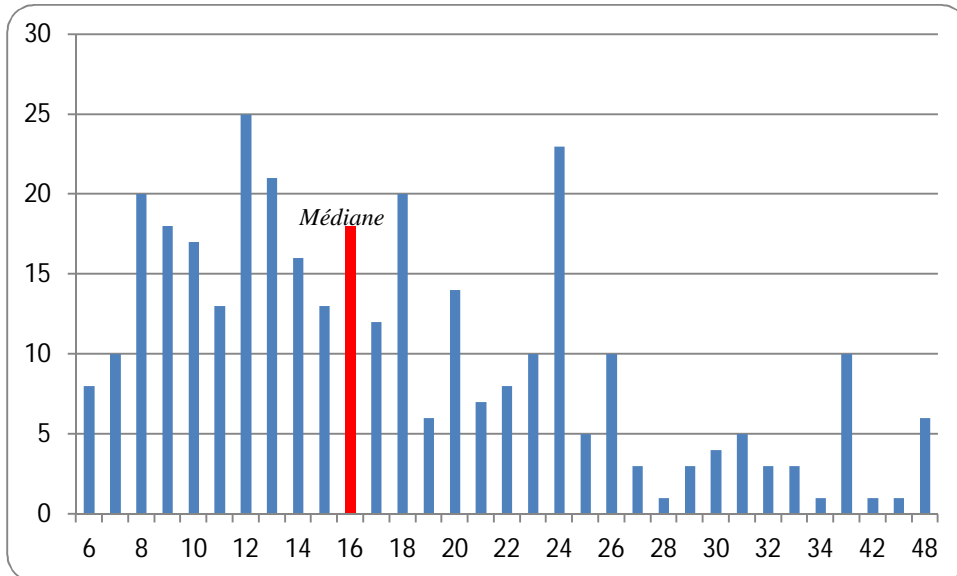
		Age (Mois)		
		Effectif	Médiane	Mode
Boucle du Mouhoun	Tougan	141	13	9
	Dédougou	90	14	9
	Toma	113	13	10
	Total	344	13	10
Nord	Séguénéga	109	14	8
	Titao	122	17	9,24
	Ouahigouya	104	18	24
	Total	335	16	12

Figure 1 : Distribution de l'âge des enfants identifiés dans la Boucle du Mouhoun (n=344)



Pas de valeurs manquantes

Figure 2 : Distribution de l'âge des enfants identifiés dans le Nord (n=335)



Pas de valeurs manquantes

3.2.2 Type de malnutrition des enfants MAS identifiés

Parmi les 312 enfants qui souffraient de MAS au moment de l'enquête, le marasme était le type le plus fréquent (97.8%) contre sept (07) enfants qui présentaient des œdèmes.

Tableau 6 : Type de malnutrition des cas MAS identifiés par région et district sanitaire

		Cas MAS trouvés	Marasmes (PB)	Œdème (+, ++, +++)		
				"+"	"++"	"+++"
Boucle du Mouhoun	Tougan	63	60	2	1	0
	Dédougou	36	34	1	0	1
	Toma	42	42	0	0	0
	Total	141	136	3	1	1
Nord	Séguénéga	68	68	0	0	0
	Titao	64	63	1	0	0
	Ouahigouya	39	38	1	0	0
	Total	171	169	2	0	0

3.3 Résultats de la recherche active des cas

La recherche active des cas qui a duré cinq (5) jours a permis d'identifier 679 enfants cible soit 340 enfants en moyenne dans chacune des deux régions. Plus de la moitié des enfants identifiés étaient des enfants MAS couvert en voie de guérison (367). En outre 312 enfants étaient MAS au moment de l'enquête et près de 41% (129) de ces enfants MAS n'étaient pas couvert par le programme PCA.

Dans le district sanitaire de Séguénéga, le plus grand nombre d'enfants MAS a été enregistré (68) suivis de Titao (64) et Tougan (63). Cependant, Titao présentait le fort taux d'enfants MAS non couvert (63%) et Tougan le plus faible taux (25%). Le district sanitaire de Tougan a enregistré 78 cas en voie de guérison.

Tableau 7 : Résultats de la recherche active des cas par district

Région	District	Nombre de village enquêté	Total MAS trouvés	MAS couverts	MAS non couverts	En voie de guérison
Nord	Titao	27	64	24	40	58
	Séguénéga	34	68	45	23	41
	Ouahigouya	28	39	22	17	65
	Nord	89	171	91	80	164
Boucle du Mouhoun	Dédougou	27	36	20	16	54
	Toma	28	42	25	17	71
	Tougan	36	63	47	16	78
	Boucle du Mouhoun	91	141	92	49	203
Total zone d'évaluation		180	312	183	129	367

3.3 Classification de la couverture par district sanitaire

Au regard des seuils de classification retenue (35% et 60%), aucun district ne présente une couverture faible quel que soit le type de couverture considérée. En outre tous les districts présentent une couverture élevée en considérant la couverture période. Les districts sanitaires de Tougan et Séguénéga, quel que soit la couverture considérée présente une couverture élevée. Les taux de couverture varient entre 38% (Titao) à 89% (Tougan). Le choix du type de couverture par district sera discuté dans la présentation des résultats par districts sanitaires.

Tableau 8 : Classification de la couverture par district sanitaire

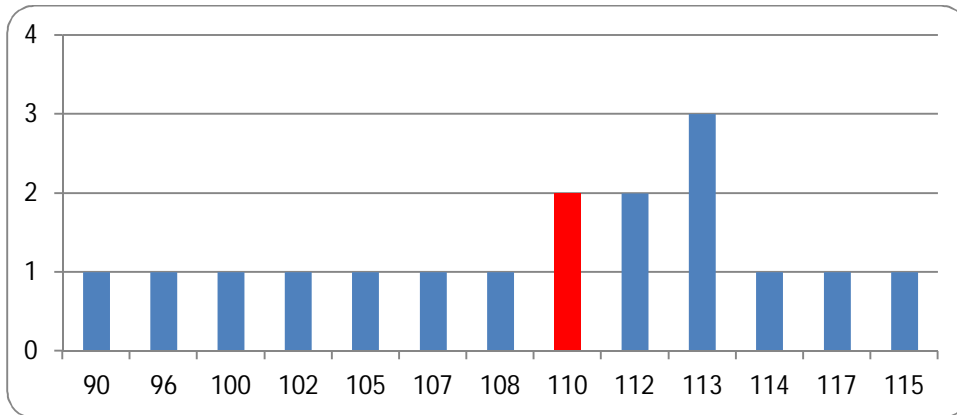
District	Actuelle		Période	
	Taux	Classification	Taux	Classification
Titao	38%	Moyenne	67%	Elevée
Séguénéga	66%	Elevé	79%	Elevée
Ouahigouya	56%	Moyenne	84%	Elevée
Nord	53%	Moyenne	76%	Elevée
Dédougou	56%	Moyenne	82%	Elevée
Toma	60%	Moyenne	85%	Elevée
Tougan	75%	Elevée	89%	Elevée
Boucle du Mouhoun	65%	Elevée	86%	Elevée
Total zone SLEAC	59%	Moyenne	81%	Elevée

3.4 Classification de la couverture par district sanitaire

3.4.1 District sanitaire de Ouahigouya

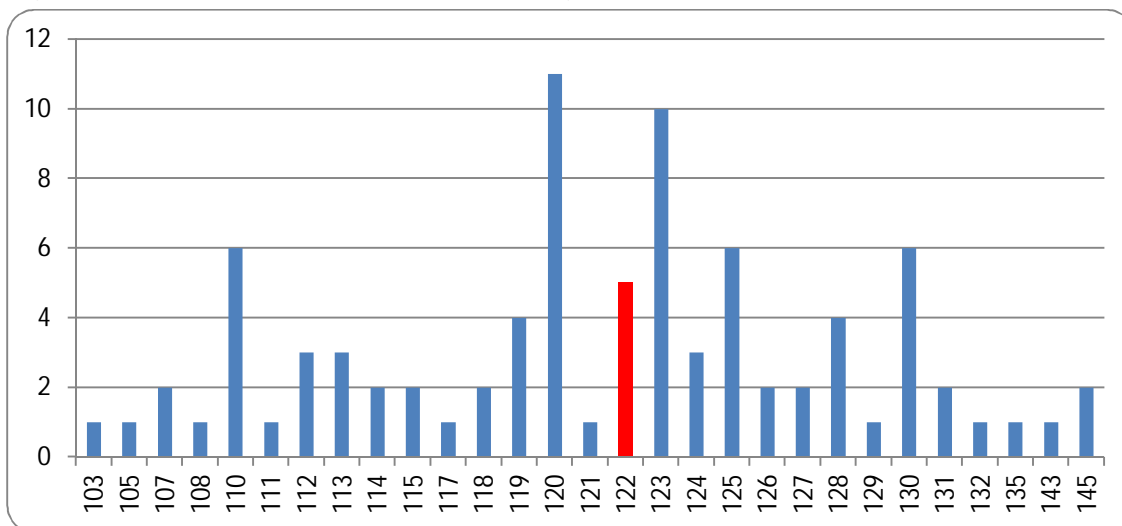
La recherche active des cas à Ouahigouya a identifié 104 enfants cible dont 39 cas de MAS au moment de l'enquête (à la limite du seuil de la taille souhaité de 40) dans les 28 villages enquêtés (cf. tableau ci-dessus). En outre 65 enfants MAS était couvert en voie de guérison.

Figure 3 : Médiane et distribution des cas MAS non couvert – DS OHG



Sur les 17 cas non couverts, près de 53% des enfants présentaient un risque de mortalité élevé (PB<110mm). Les données indiquent une faible capacité de détection précoce des enfants MAS. En outre l'analyse de la distribution du PB des enfants couverts (cf. figure ci-dessous) montre de faible cas d'enfants couverts avec un PB à risque. Les enfants MAS couverts sont détectés lors des consultations curatives. Le dépistage passif en continue en communauté est faiblement réalisé.

Figure 4 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS OHG

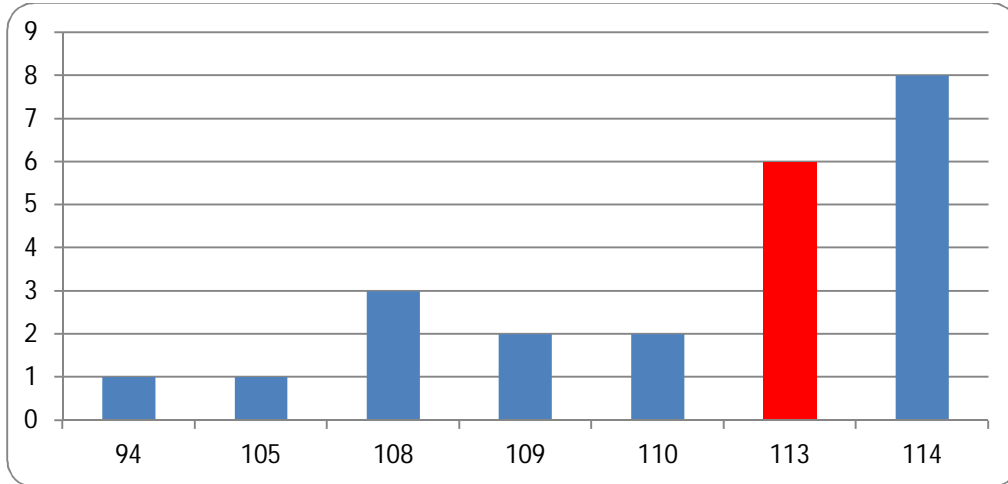


Le district de Ouahigouya démontre une forte capacité de traitement des enfants couverts, suivis et décharge correcte (5% présente des PB >135 et peut représenter les enfants dépistés en situation critique). Le choix de la couverture actuelle occulterait la capacité de traitement du programme PCIMA dans le district sanitaire de Ouahigouya. On note également la réalisation du dépistage systématique dans les centres de santé lors des consultations curatives. En tenant compte des seuils de classification, le district sanitaire de Ouahigouya présente une **couverture période élevée**. Cependant, il est important de renforcer le dépistage en communauté outre que celui des campagnes de masse, par celui passif réalisé par les ASC.

3.4.2 District sanitaire de Séguénéga

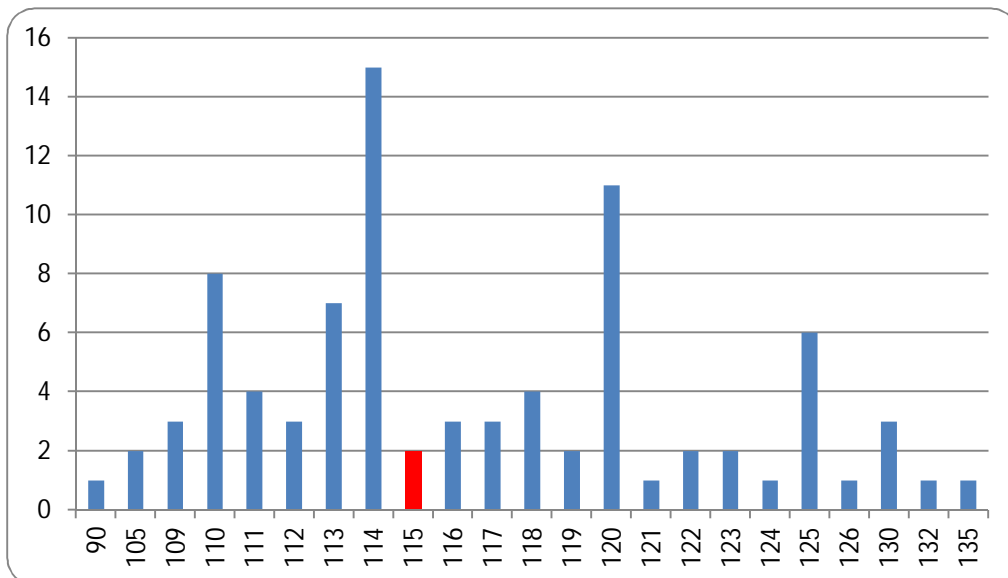
La taille de l'échantillon seuil (n=40) a été atteinte dans le district sanitaire de Séguénéga soit 68 cas MAS identifiés. Sur les enfants MAS identifiés près de 70% sont couverts. La recherche active s'est réalisée dans 34 villages. 41 enfants étaient en voie de guérison.

Figure 5 : Médiane et distribution des cas MAS non couverts – DS SGN



Les 23 enfants non couverts ont un PB médian de 113mm. Un seul cas présentait un PB critique (94mm). L'analyse conjointe de la distribution du PB des enfants couverts (cf. figure ci-dessous) indique une détection précoce de cas d'enfants MAS à risque de mortalité des enfants. La figure indique également une bonne capacité de traitement (5 des 86 enfants couverts ont dépassé le seuil de 125mm de critère de guérison).

Figure 6 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS SGN

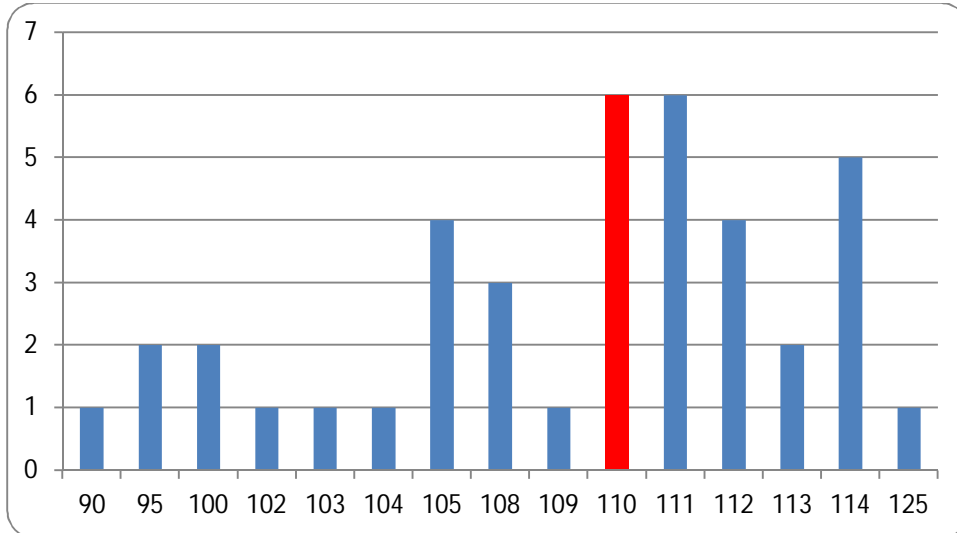


La **couverture période** représente mieux les caractéristiques du programme PCIMA à Séguénéga au regard des analyses précédentes. Tout calcul réalisé avec les résultats de la RAC donne une **couverture période élevée** pour le district sanitaire de Séguénéga.

3.4.3 District sanitaire de Titao

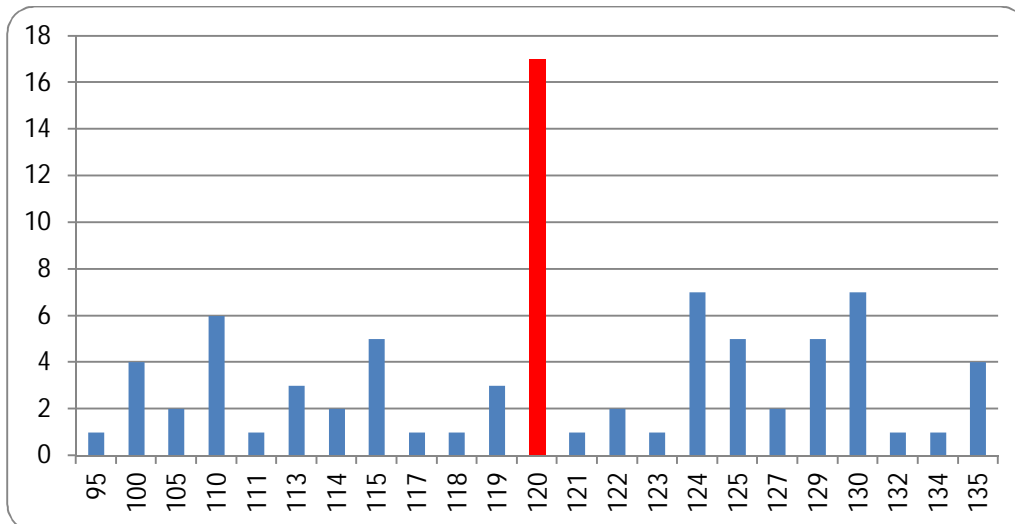
L'évaluation de la couverture dans le district sanitaire a couvert un échantillon de 27 villages. 122 enfants ont été identifiés dont 64 enfants MAS au moment de l'enquête et 58 en cours de guérison. Le nombre d'enfants non couvert représentait environ 2 fois les enfants de couvert.

Figure 7 : Médiane et distribution des cas MAS non couvert – DS Titao



Sur les 40 enfants non couverts, près de 70% des enfants présentaient un PB a risque de mortalité. On dénombre également 5 enfants présentant un PB critique (PB<1000mm). Les données indiquent une faible capacité de détection précoce voir de dépistage des cas de MAS.

Figure 8 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS Titao



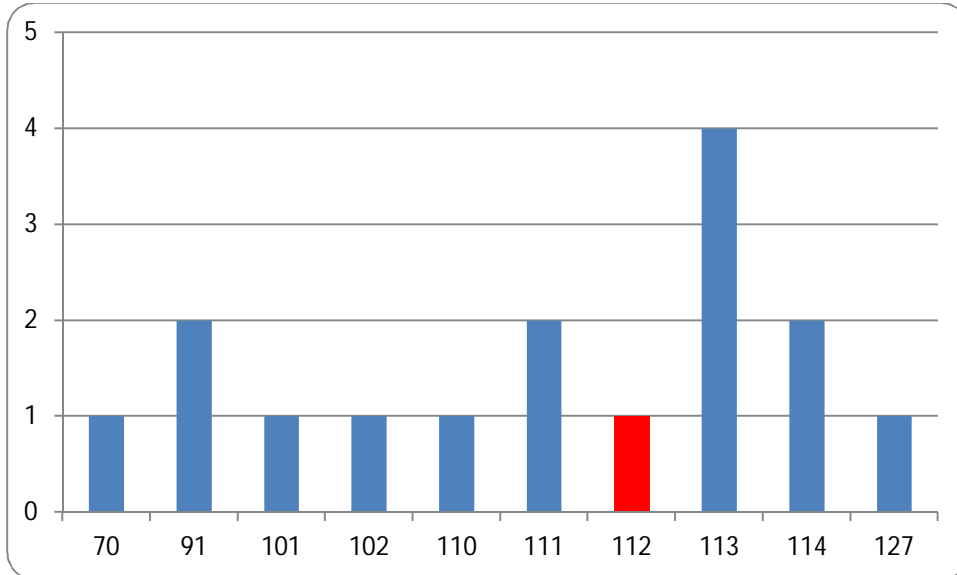
L'analyse des données de routine du district sanitaire indique une durée de traitement de 64 jours supérieure à la normale (8 semaines). En outre, lors de la RAC il a été observé une insuffisance de l'organisation du PCA dans le district sanitaire, marqué par une rupture des intrants PPN constatés et une mauvaise couverture des enfants (enfants MAS pris en charge dans le programme MAM).

La couverture actuelle répond au mieux aux caractéristiques du programme PCA de Titao. A cet effet, le district présente une **couverture actuelle moyenne** à la limite du seuil d'une couverture faible.

3.4.4 District sanitaire de Dédougou

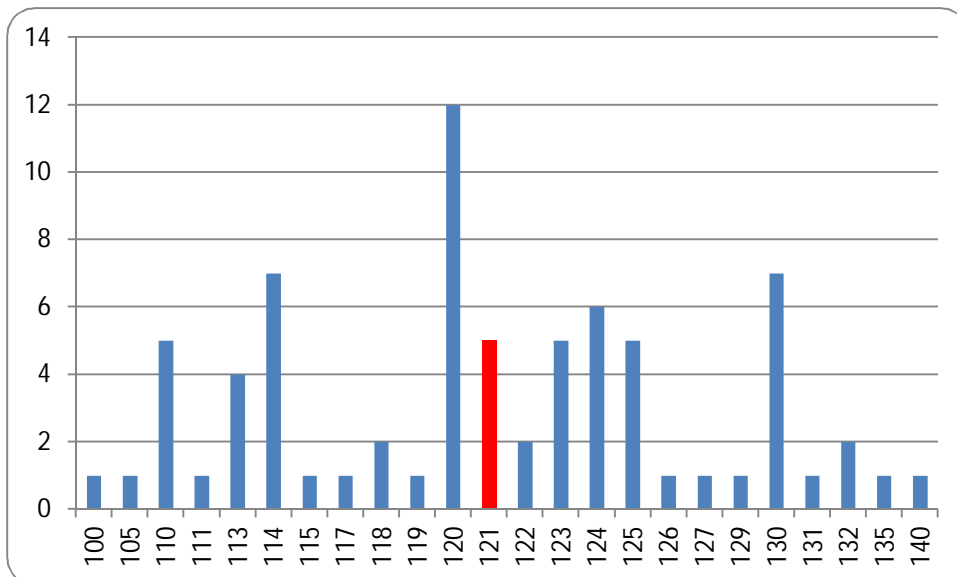
Le nombre attendu de cas a identifié n'a pas été atteint à Dédougou. La RAC a identifié 90 enfants dont 36 cas MAS (<40) et 54 cas en voie de guérison. L'enquête a concerné 27 villages.

Figure 9 : Médiane et distribution des cas MAS non couvert – DS Dédougou



Sur les 36 cas MAS, 16 enfants étaient non couverts avec un PB médian de 112 mm. 5 enfants non couverts étaient des cas critique. Sur les cas couverts, des enfants à risque de mortalité ont été identifiés également. Le district sanitaire de Dédougou, au-delà de la bonne organisation des dépistages de campagne de masse présente des insuffisances dans le dépistage des cas.

Figure 10 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS Dédougou

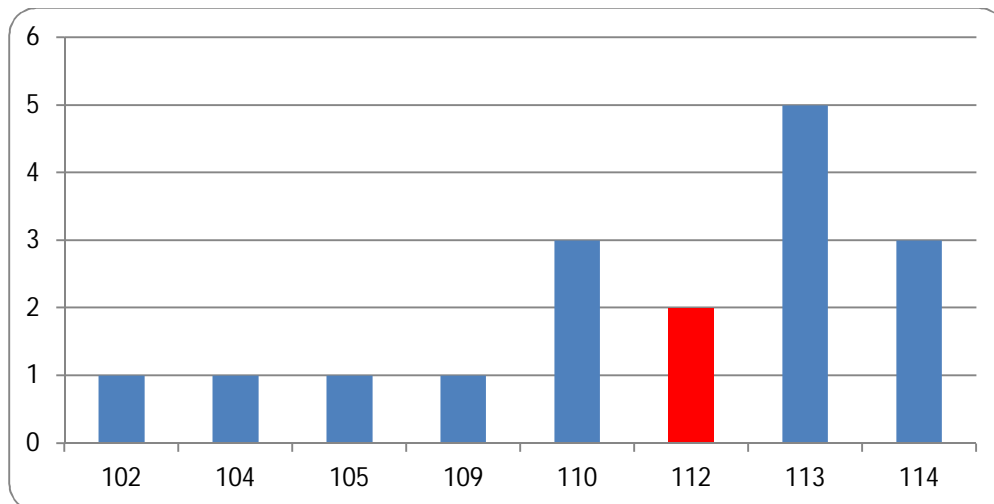


La couverture actuelle est plus caractéristique du district sanitaire de Dédougou. Les résultats de la recherche active des cas donnent une **couverture actuelle moyenne**.

3.4.5 District sanitaire de Toma

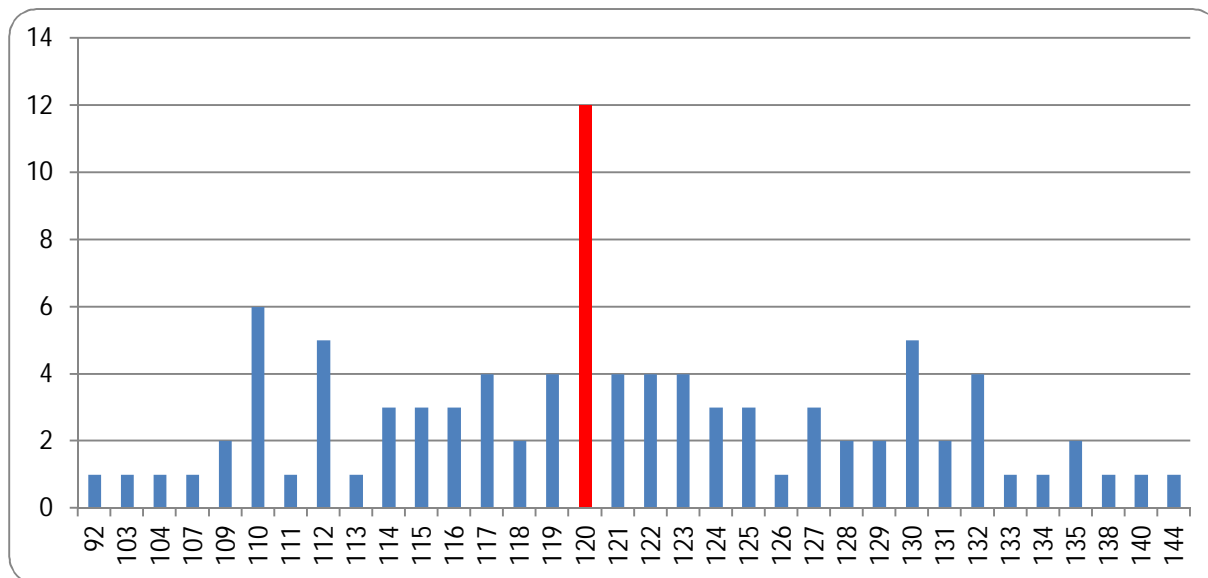
La recherche active des cas menée dans le district sanitaire de Toma a identifié 113 enfants dont 71 en voie de guérison dans 28 villages échantillonnés. La taille minimale requis pour une enquête SLEAC a été atteinte soit 42 cas de MAS recensé au moment de l'enquête.

Figure 11 : Médiane et distribution des cas MAS non couvert – DS Toma



Sur les 17 enfants non couvert peu d'enfants ont un PB à risque. De même l'analyse du PB des enfants couverts indique des cas exceptionnels d'enfants dont le $PB < 111$. Le district de Toma applique les directives de dépistage notamment le dépistage passif lors des consultations curatives et les VAD des ASC.

Figure 12 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS Toma

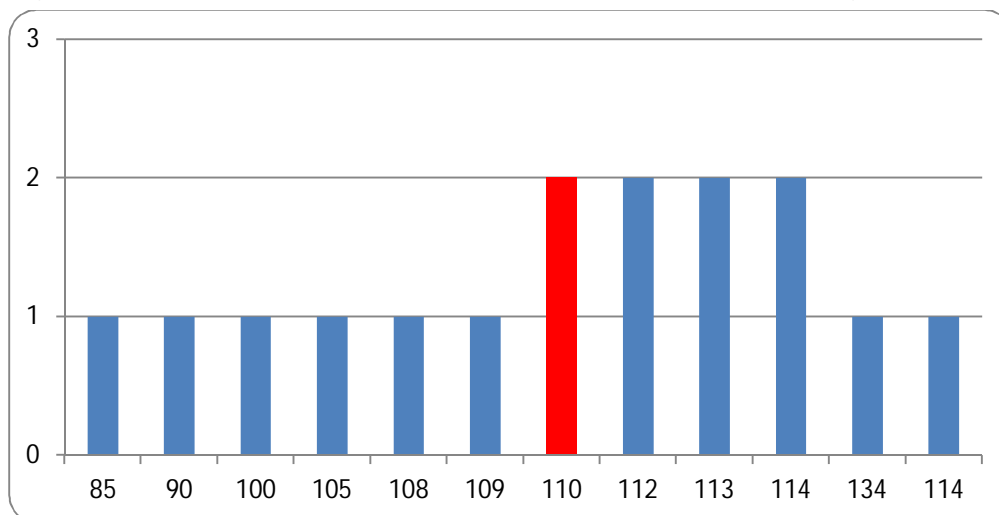


L'analyse du PB des enfants couverts indique une forte propension à retenir les enfants longtemps dans le programme. Le constat réalisé sur le terrain lors de la collecte des données a relevé des insuffisances dans le suivi des enfants enrôlés dans le programme, suivi du traitement nutritionnel et respect des RDV de suivi. La RAC a identifié 71 enfants en voie de guérison. Pour cela la couverture actuelle a été retenue pour le district sanitaire de Toma. Les données donnent une **classification actuelle moyenne** de la couverture du programme PCA.

3.4.6 District sanitaire de Tougan

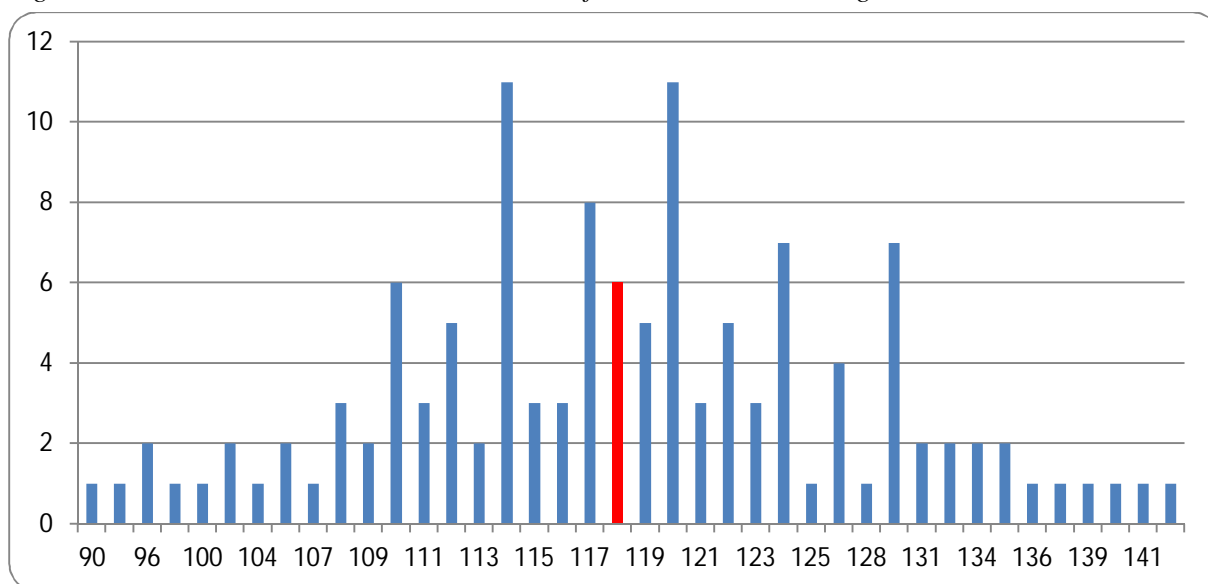
La RAC s'est déroulée dans 36 villages de Tougan. Elle a permis d'identifier 141 enfants cible dont 78 cas en voie de guérison et 63 cas de MAS actuel. Parmi les 63 cas de MAS actuel, 16 n'étaient pas couverts.

Figure 13 : Médiane et distribution des cas MAS non couverts – DS Tougan



Peu d'enfants non couverts ont été détectés. Cependant, ces enfants sont à risque de mortalité. De même, l'analyse des enfants couverts (cf. figure ci-dessus) révèle des cas critiques d'enfants MAS. Au-delà du dépistage systématique lors des consultations curatives des enfants (utilisation du registre électronique de consultation), le dépistage passif en terme préventif en communauté par les ASC reste très faiblement réalisé.

Figure 14 : Médiane et distribution du PB des enfants couverts – DS Tougan



L'analyse du PB des enfants couverts indique une forte propension de rétention des enfants dans le programme. En effet, du constat sur le terrain, il ressort un manque de suivi des enfants enrôlés dans le programme et plus particulièrement le suivi communautaire par les ASC (notamment le respect des RDV, la non-recherche active des abandons).

Les caractéristiques du programme PCA de Tougan, donnent une **classification actuelle élevée**.

4. Conclusion

L'évaluation en fin d'action de la couverture du programme de prise en charge en ambulatoire de la malnutrition nous permet de formuler deux constat sur la couverture comparativement à la couverture de base : (i) sur les caractéristique des programmes, la région de la Boucle du Mouhoun est toujours caractérisé par une couverture de type actuelle, d'où la nécessité de renforcer le dépistage précoce notamment le dépistage passif en communauté par les ASC. Du reste, l'appui technique de Tdh a permis de renforcer le dépistage systématique lors des consultations curatives des enfants de moins de cinq ans. Le district de Titao présente les mêmes caractéristiques que les districts de la boucle du Mouhoun et est beaucoup affecté par le Financement basé sur les résultats (FBR) du Ministère de la santé ; (ii) quel qu'en soit le type de couverture retenue, les districts sanitaires ont pu au moins maintenir leur niveau de classification du début d'action sauf celui de Toma qui a réalisé une contre-performance.

Tableau 9 : Classification de la couverture en début et fin de phase

District	Base (Février 2014)			Final (Février 2015)		
	Taux	Type	Classification	Taux	Type	Classification
Titao	57,5%	Actuelle	Moyenne	38%	Actuelle	Moyenne
Séguénéga	54,5%	Actuelle	Moyenne	79%	Période	Elevée
Ouahigouya	63,3%	Période	Elevée	84%	Période	Elevée
Nord						
Dédougou	47,9%	Actuelle	Moyenne	56%	Actuelle	Moyenne
Toma	62,3%	Actuelle	élevée	60%	Actuelle	Moyenne
Tougan	76,1%	Actuelle	élevée	75%	Actuelle	Elevée
Boucle du Mouhoun						

L'efficacité des services de la PCIMA et la couverture sont liés. Ainsi en maximisant la couverture, on maximise l'efficacité et la satisfaction des besoins.

L'évaluation de la satisfaction des besoins dans les districts sanitaires, indique que Ouahigouya présente le plus fort taux de satisfaction (81%) et Titao le plus faible taux avec moins de 35% de satisfactions des besoins.

Tableau 10 : Satisfaction des besoins

Région	District	Couverture	Taux de guérison	Satisfaction des besoins
Nord	Titao	38,0%	91,2%	35%
	Séguénéga	79,0%	99,1%	78%
	Ouahigouya	84,0%	96,7%	81%
Boucle du Mouhoun	Dédougou	56,0%	96,3%	54%
	Toma	60,0%	98,9%	59%
	Tougan	75,0%	98,9%	74%

Sur la base des résultats et des constats lors de la recherche active des cas et la revue documentaire, des recommandations ont été formulés sur les quatre axes qui influencent la couverture des programmes et résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Recommandations pour l'amélioration de la couverture

ELEMENTS DE SURVEILLANCE	ASBC	PRESTATAIRES DE SOINS	ECD	DRS ET TDH
<p>Capacité d'identification/référence rapide</p> <p>Dépistage de la malnutrition et sensibilisation des mères</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer le dépistage à toutes les activités de communautaires de santé - Assurer le référencement à temps des cas dépistés - Assurer l'accompagnement de cas au CSPS selon les cas - Assurer les VAD au profit des mères afin de renforcer leur adhésion au PCA 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer de manière effective le dépistage systématique des enfants de moins de 59 mois lors des activités curatives, promotionnelles et préventives - Assurer l'admission systématique des cas dépistés et remplir systématiquement tous les supports et outils prévus à cet effet - Promouvoir et renforcer le dépistage ciblé des cas par les ASBC - Assurer des mesures anthropométriques de qualités (taille, poids, PB, lecture Zscore) - Renforcer le système de référence-contre référence (tous les niveaux) - Renforcer la communication avec les mères sur le mode de fonctionnement de la PCA (durée, fréquence hebdo, rejet, etc.) - Renforcer la sensibilisation sur l'utilisation adéquate et rationnelle de l'ATPE (notion de médicament, le non partage) - Renforcer la sensibilisation au niveau communautaire sur les caractéristiques du service de PCA, notamment au niveau de la gratuité du service de base (ATPE et traitement systématique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter autant que faire ce peu l'intervalle maximum des trois mois dans la réalisation des campagnes de dépistage de masse - Renforcer la qualité dans l'organisation des campagnes de dépistage de masse * Supervision de proximité au quotidien, * Contrôle qualité du dépistage, * Bilan pour la validation des résultats et la diffusion des recommandations issues des supervisions à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à la disposition des districts à temps les ressources pour l'organisation des campagnes - Participer à la supervision et aux contrôles de qualité

<p>Capacité de traitement</p>	<p>Assurer les VAD au profit des mères afin de renforcer leur adhésion au PCA ainsi qu'à l'utilisation rationnelle des ATPE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'application effective des directives du protocole national - Assurer une gestion efficace des différents intrants de PEC (éviter les ruptures, accès permanent aux malades) - Assurer le suivi effectif des cas MAM afin de détecter une dégradation éventuelle de l'état nutritionnel nécessitant une référence en PCA - Appliquer les directives du protocole en matière de prescription de l'ATPE (quantité quotidienne et hebdomadaire) - Assurer les visites hebdomadaires de suivi même en cas de rupture des intrants afin de suivre de près l'évolution de l'état nutritionnel et supporter les mères par des recommandations alternatives - Appliquer les directives du protocole en matière d'activités hebdomadaires systématiques de suivi de la prise en charge (questionnement des mères, examen physique, test appétit, etc.) - Référer à temps et selon les directives en PCI tous les cas de MASc - Mettre en place un système efficace de VAD pour les enfants qui ne répondent pas au traitement <p>Former et impliquer tous les agents du CSPS dans la prise en charge afin d'éviter des périodes de suspension du service</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole - Assurer la disponibilité et une gestion efficace des différents intrants de PEC (éviter les ruptures, accès permanent aux malades) - Fournir les outils de suivi appropriés à la prise en charge et cela selon les directives du protocole (ex. fiche de suivi individuelle, fiche de ration, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole - Appuyer les DS pour assurer la disponibilité et le suivi des stocks des intrants
<p>Capacité de rétention</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la recherche et la réintégration des absents et abandons au traitement ainsi que les contre référés des UPCI - Renforcer la communication avec les mères de des enfants dans le PCA - Effectuer des VAD selon les cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la communication avec les mères <p>Importance de l'adhésion au traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la poursuite du traitement lors des absences programmées et justifiées (voyage, funérailles, etc.) - Mettre en place un système efficace de suivi des abandons et des absences - Améliorer la qualité du service (attente, accueil, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole 	<p>Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole</p>
<p>Décharge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les mères sur les possibilités de réadmissions et de rechutes - Réaliser également le dépistage chez les cas déchargés lors des activités de routine 	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer le protocole pour les critères de sortie - Dispenser les informations pertinentes aux mères (droit de réadmission en cas de rechute, etc.) - Améliorer le remplissage des outils de collecte afin d'assurer un suivi optimal de la prise - Etablir et remettre systématiquement à chaque mère la carte de ration des enfants 	<p>Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole</p>	<p>Assurer la supervision formative pour la dispensation d'un service conforme aux directives du protocole</p>

Remerciement

Equipe d'évaluation

Coordination technique

- *Dr Noel A. ZONON, Pédiatre, Chef de projet SMI/Nut ;*
- *TOGUIYENI Seydou, Expert Ingénieur en Système d'information en santé, Chargé de Suivi – évaluation*
- *BAZIE David, Data manager*

Supervision

- *Dr THIOMBIANO Rodrigue, Coordonnateur régional santé, Superviseur régional du Nord.*
- *KAMBOULE Tiarbon, Chargé de missions, Superviseur régional de la Boucle du Mouhoun ;*
- *MAIGA Souleymane, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Ouahigouya ;*
- *LANTA Sansan Frédéric, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Titao ;*
- *TRAORE Soungalo, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Séguénéga ;*
- *ZARE Hervé, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Dédougou ;*
- *OUEDRAOGO Christophe, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Tougan ;*
- *DICKO Ramata, Chargé de missions, Superviseur district sanitaire de Toma ;*

Enquêteurs de collecte des données

- *Elèves Attachés de santé (AS) et Infirmiers diplômés d'état (IDE) de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Ouagadougou.*