



NAME OF PROGRAMME: Prévention et prise en charge de la malnutrition et des pathologies associées dans la région de Koulikoro, Mali.

DATE OF INVESTIGATION: From 8th June 2015 to 19th June 2015

AUTHOR: Abdoul-Aziz GOZA, Caren MAGEN

TYPE OF INVESTIGATION: SQUEAC

TYPE OF PROGRAMME: OTP for SAM

IMPLEMENTING ORGANISATION: AMCPP/ALIMA



COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
REMERCIEMENTS	3
ACRONYMES	4
RESUME.....	5
OBJECTIFS.....	6
1. INTRODUCTION.....	7
2. CONTEXTE	7
2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE.....	7
2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:.....	8
2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA:.....	8
3. PROCESSUS D'INVESTIGATION	9
3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES.....	9
3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES	9
3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES	20
3.2. ETAPE 2 : Confirmation de zones de couverture élevée ou faible (enquête sur petite zone).....	28
3.2.1. METHODOLOGIE	28
3.2.2 RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE L'ENQUETE SUR PETITE ZONE	29
DISCUSSION & RECOMMANDATIONS	33



REMERCIEMENTS

L'Alliance Médicale Contre le Paludisme (AMCPP) et the Alliance for International Medical Action (ALIMA) adressent leurs remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête :

- A la Direction générale de ECHO pour le soutien financier
- Au Ministère de la santé, à la Division Nationale de la Nutrition, à la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Koulikoro, au District Sanitaire (DS) de Kolokani du Sahel, aux personnels des formations sanitaires pour leur disponibilité, leur participation et leur vif intérêt pour la réalisation de l'enquête.
- Aux autorités administratives et locales du District Sanitaire de Kolokani ainsi que toute la population du Districts pour leur accueil et collaboration.
- Aux ASACO et aux relais communautaires pour leur collaboration et participation active.
- Aux différentes équipes terrain AMCPP pour leur implication dans la réalisation de cette enquête
- A tous les membres de l'équipe d'investigation et aux partenaires formés lors de cette enquête (équipes cadre du district et de la DRS, MDM) pour leur motivation et la qualité de leur travail tout au long de l'enquête.



ACRONYMES

ASACO	Association de Santé Communautaire
AMCPP	Alliance Médicale Contre le Paludisme
ALIMA	The Alliance for International Medical Action
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de référence
DTC	Directeur Technique du Centre
FELASCOM	Fédération des ASACO
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SLEAC	Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Intensive
VAD	Visite à Domicile



RESUME

Depuis Mai 2013, AMCPP et ALIMA conduisent un programme de renforcement des capacités des acteurs locaux dans la prise en charge de la malnutrition aigüe au Mali (Région de Koulikoro, district sanitaire de Kolokani) et couvrent les 22 CSCOM et l'URENI du DS de Kolokani.

Une semi-SQUEAC a été réalisée (uniquement étape 1 et 2) en vue d'identifier les principales barrières à l'accès et la participation au programme PECIMA et d'élaborer un plan d'action pour améliorer l'accès aux soins.

Cette investigation est la première du genre réalisée dans le district, elle vient en complément de l'enquête SLEAC nationale qui avait établi un taux de couverture compris entre 20 et 50 % pour le district de Kolokani.

Les principales barrières relevées sont :

- la faible mobilisation communautaire pour les actions de sensibilisation et dépistage
- la faiblesse du suivi des cas de MAS dans la communauté et les CSCOM (notamment sur le respect critères de décharge et d'entrée)
- la méconnaissance du traitement par les mères et les autres acteurs clés de la communauté (tradi-thérapeutes, chef de villages, imams,...)
- l'occupation/indisponibilité des mères
- la distance

Les principales recommandations de l'enquête portent sur :

- La réorientation de la stratégie communautaire par la mise en place de (d') :
 - une cartographie du dynamisme communautaire
 - une planification des activités de mobilisation communautaire
 - l'utilisation des groupements et des canaux de communications existants pour faire passer les messages et réaliser le dépistage et la sensibilisation
 - un renforcement des activités tournées vers l'implication et la sensibilisation des hommes et des acteurs clés de la communauté
- Le Renforcement des connaissances et la pratiques des acteurs de santé (agents de santé, relais communautaires, tradi-thérapeutes).



OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif général est d'évaluer la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans le District de Kolokani au moyen d'une Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Réaliser une analyse approfondie des données et des indicateurs du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
2. Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
3. Identifier les forces du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
4. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans la zone d'intervention
5. Emettre des recommandations spécifiques pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
6. Renforcer les capacités du personnel et des partenaires



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



1. INTRODUCTION

Cette investigation entre dans le cadre du projet d'appui à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaires de Kolokani, mis en œuvre par AMCPP /ALIMA sous financement ECHO. Le projet repose sur deux volets principaux :

- un volet communautaire avec un accent sur la prévention
- un volet curatif qui vise l'amélioration de la qualité de la PEC au niveau des structures de santé, notamment à travers le renforcement des capacités du personnel et du plateau technique des 22 CSCOM et de l'URENI du DS de Kolokani.

La réalisation de cette enquête SQUEAC permettra, en identifiant les barrières à l'accès et à la participation ainsi que les points forts du programme, de déterminer l'impact réel du projet et d'émettre des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture et l'efficacité du programme.

2. CONTEXTE

2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Avec une superficie de 12 000 Km², le district de Kolokani compte environs 233 919 habitants. La population est composée à majorité de bambara avec des ilots peulhs. Elle a pour activités essentielle l'agriculture, l'élevage et le petit commerce. Le type de végétation de la commune est la savane arborée et arbustive. Le climat est de type sahélo-soudanais avec une courte saison des pluies de Juin à Septembre et une longue saison sèche.



2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:

Au niveau de la région de Koulikoro, selon la dernière enquête SMART réalisée par l'UNICEF en 2014, la situation nutritionnelle est préoccupante dans la Région de Koulikoro avec un taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) de 13,8% (13,3% au niveau national) contre 8,9% en 2013, ce qui indique une dégradation de la situation nutritionnelle dans la région. Le taux de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) est de 2,3% en 2014 contre 1,8% en 2013.

2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA:

La prise en charge de la malnutrition est assurée dans le Districts de Kolokani conformément aux directives nationales à savoir dans chaque CSCOM fonctionnel (URENAS/URENAM) et au niveau du CSRef (URENI) avec en parallèle le développement de l'approche communautaire pour faciliter la sensibilisation, identification et le référencement des cas de malnutrition via la participation active des relais communautaires (2 relais par village qui sont en théorie gérés par les ASACO).

Le projet doit couvrir la période de janvier à décembre 2015. Il vise à réduire la mortalité infantile liée à la malnutrition et aux pathologies ayant une interaction avec la malnutrition dans le district de Kolokani et cinq autres districts de la région de Koulikoro (Kangaba, Ouéléssébougou, Dioïla, Koulikoro, Fana).

Les principales activités concernent :

- Prévention (Chimio Prévention du paludisme Saisonnier (CPS), dépistage actif et passif de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS), appui à la vaccination) qui sera menée de manière intégrée et diagonalisée afin de ne pas perdre une seule occasion de dépister un enfant.
- Prise en charge médico-nutritionnelle gratuite et de qualité des enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire dans 33 CSCOM et au niveau du district (CSREF) pour la prise en charge de la MAS avec complications et pathologies associées.

L'équipe terrain comprend un médecin point focal, 3 animateurs, 3 superviseurs et des personnels supports.



3. PROCESSUS D'INVESTIGATION

3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES

Evolution du nombre d'admissions en URENAS

De Mai 2013 à Avril 2015, 5 931 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 247 admissions. Des pics d'admissions atteignant les 300 à 400 admissions par mois ont été enregistrées au moment des périodes de soudures.

Une évolution saisonnière des admissions avec un pic d'admission durant les périodes critiques (pics maladies infantiles, période de soudure) est un indice de couverture bonne ou moyenne.



Evolution du nombre d'admissions en URENI

Entre Mai 2013 et Avril 2015, 1491 enfants MAS avec complications médicales ont été admis à l'URENI (enfants transférés des CSCom + admis directs) avec une moyenne mensuelle de 24 enfants avec des pics dépassants les 100 durant les périodes critiques.

L'évolution saisonnière des admissions avec un pic d'admission durant les périodes critiques (pics maladies infantiles, période de soudure) est un indice de couverture bonne ou moyenne.

Les pics d'admissions à l'URENI ont lieu peu de temps après ceux des admissions à l'URENAS. Ce qui est cohérent : ceux sont les cas qui n'ont pas été amené à l'URENAS et qui ont vu leur cas s'aggraver.

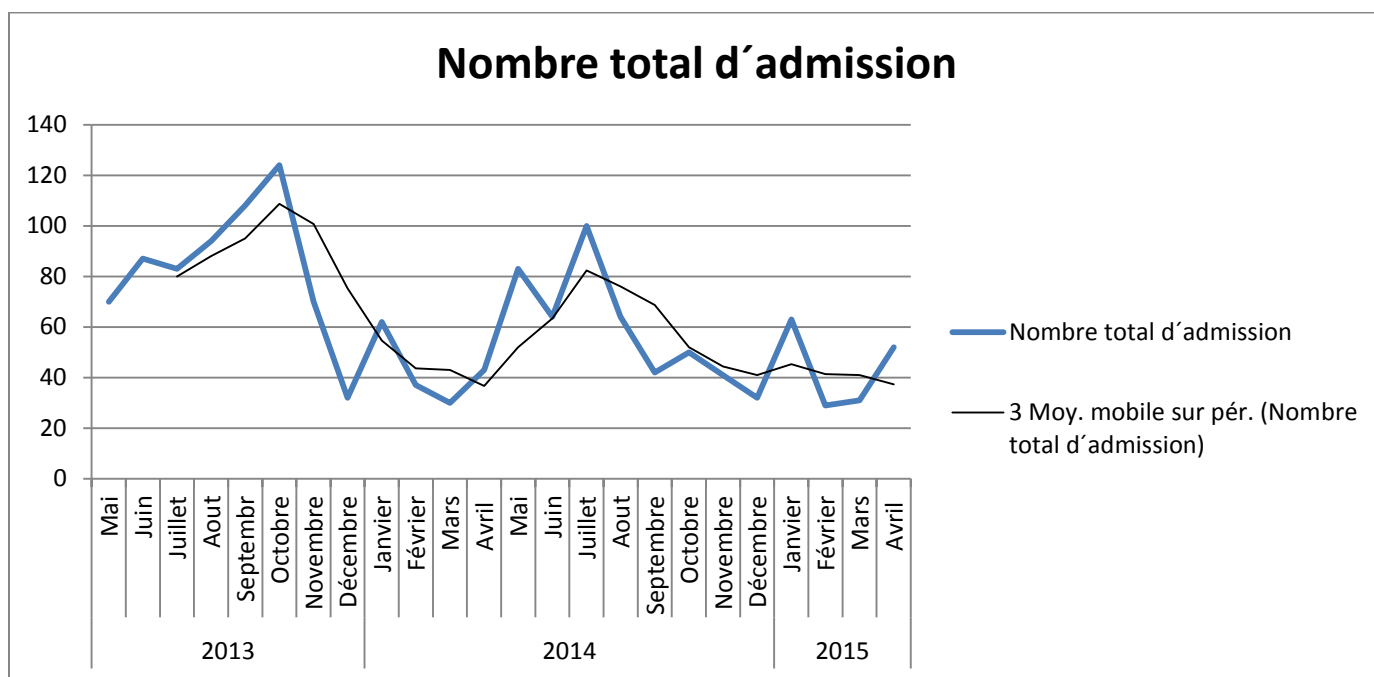


Figure 2: Evolution du nombre d'admission URENI de Janvier 2013 à Décembre 2014



Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Pour le premier trimestre 2015 les Cscm de Sebecoro 1 et de Manta ont présentés le plus grand nombre d'admission avec respectivement 60 et 56 admissions.

Les Cscm de Nonkon et de Massantolo ont enregistré le plus faibles d'admission avec respectivement 14 et 15 admissions sur le trimestre.

La différence de taille de population par aire sanitaire ne peut expliquer à elle seule cette différence d'admission. Le problème peut se situer a plusieurs niveau:

- Au niveau du Cscm : un dépistage passif non réalisé, des registres non renseignés
- Au niveau de la communauté : dépistage non effectif, non adhésion des mères et des communautés

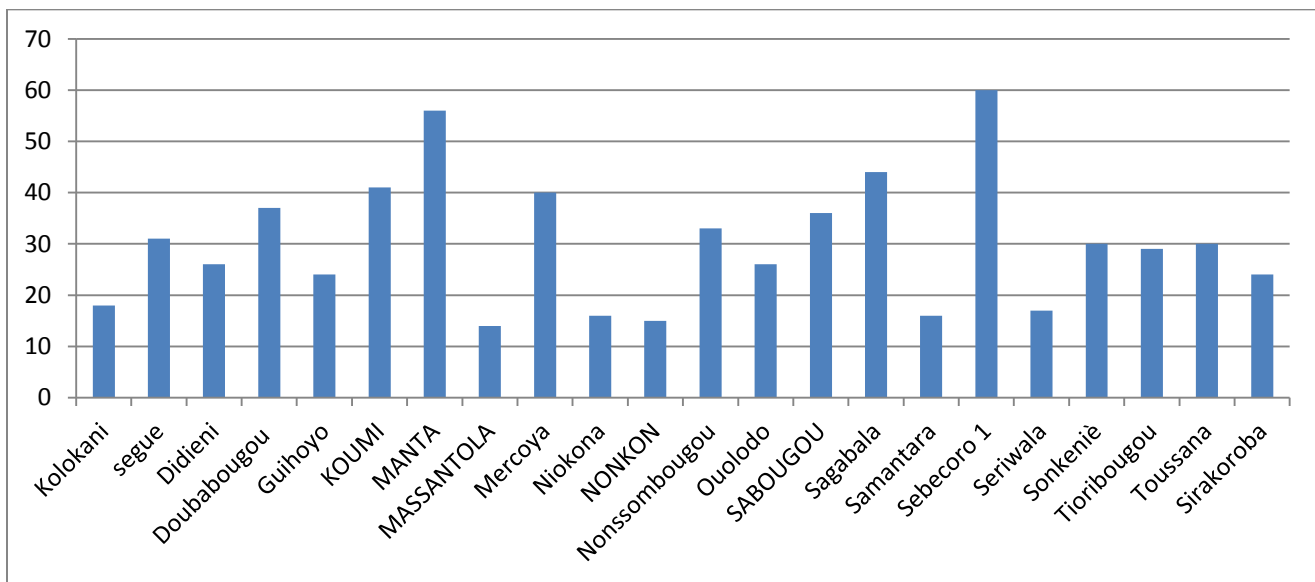


Figure 3: Admission par Cscm



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE

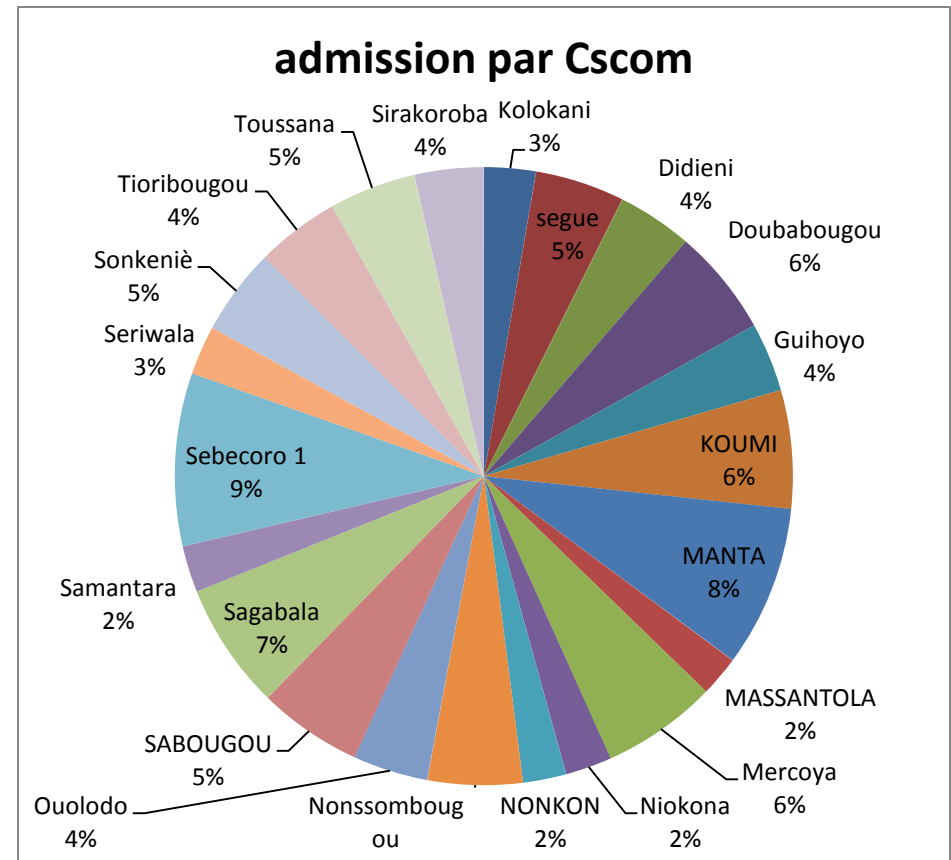
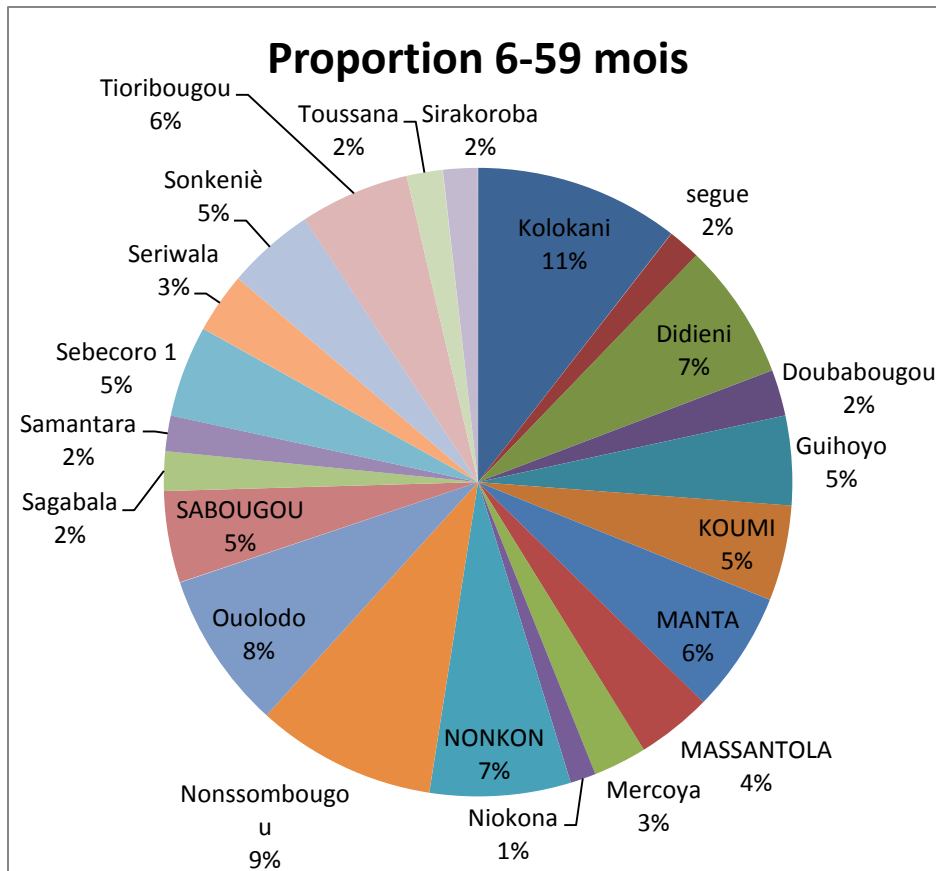


Figure 4: Proportion population par aire de santé



En comparant les proportions de populations de 6-59 mois des aires de santé (figure 4) et le nombre d'enfants admis dans le programme (figure 5), les CSCom peuvent être classés en trois catégories :

- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est équivalente à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture moyenne, comme les Cscm de Sonkenie ou Samantara
- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est inférieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture faible, comme les Cscm de Nonkon ou Oulodo
- les Cscm dont la proportion des enfants admis en URENAS est supérieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture élevée, comme les Cscm de Segue et Toussana.

Le tableau 1 résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par CSCom.

Analyse des PB à l'admission

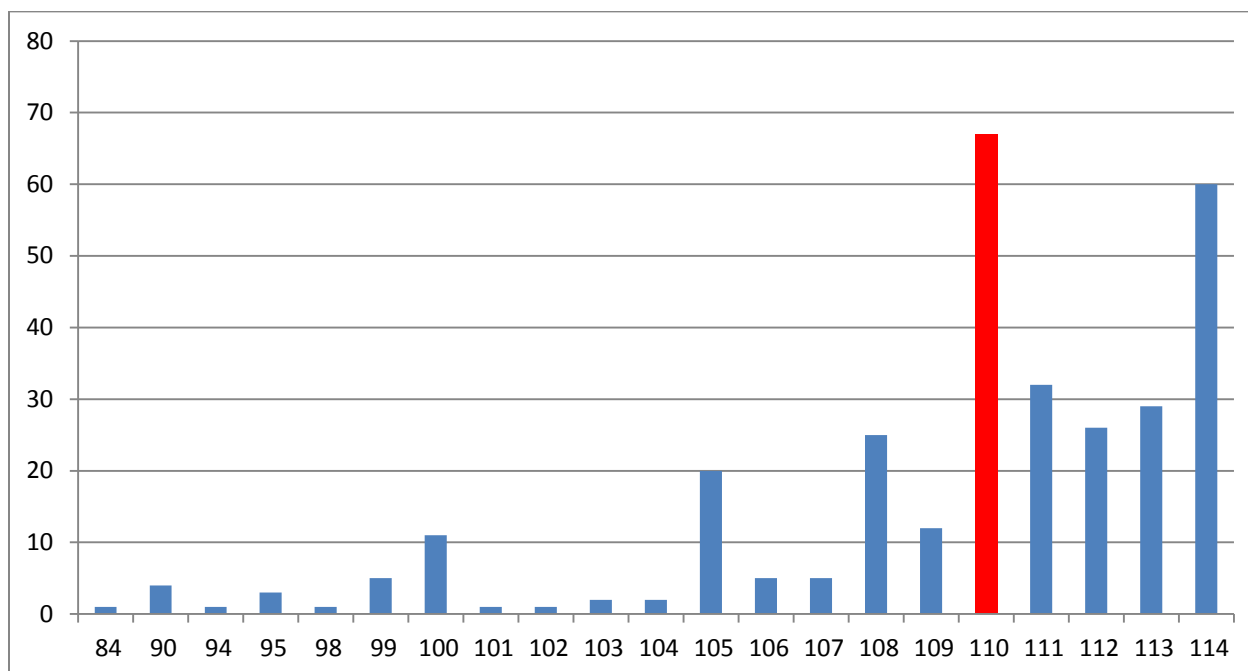


Figure 6: Pb à l'admission



La valeur médiane du PB à l’admission est basse avec une valeur de 110mm, et peut indiquer un faible niveau de mobilisation communautaire. En effet, si les enfants malnutris ne sont pas identifiés précocement, les activités communautaires de dépistage ne sont pas réalisées régulièrement et par conséquent les enfants arrivent tardivement dans les structures de prise en charge. De plus un dépistage tardif des cas de malnutrition impacte sur la réponse au traitement et la durée de séjour.

L’analyse de la médiane des PB à l’admission par CSCom permet de classer chaque CSCom selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée : plus le Pb est proche de 114 probablement la couverture sera meilleure car cela veut dire que la détection le dépistage et le référencement communautaire se fait à temps, et lorsque le Pb est trop inférieur à 114 la couverture sera probablement faible. Une analyse basée sur le Pb nous permet de classer les CScom en 3 catégories

Le tableau 1 résume les hypothèses de couverture selon le PB médian pour chaque CSCom.

Analyse des indicateurs de performance

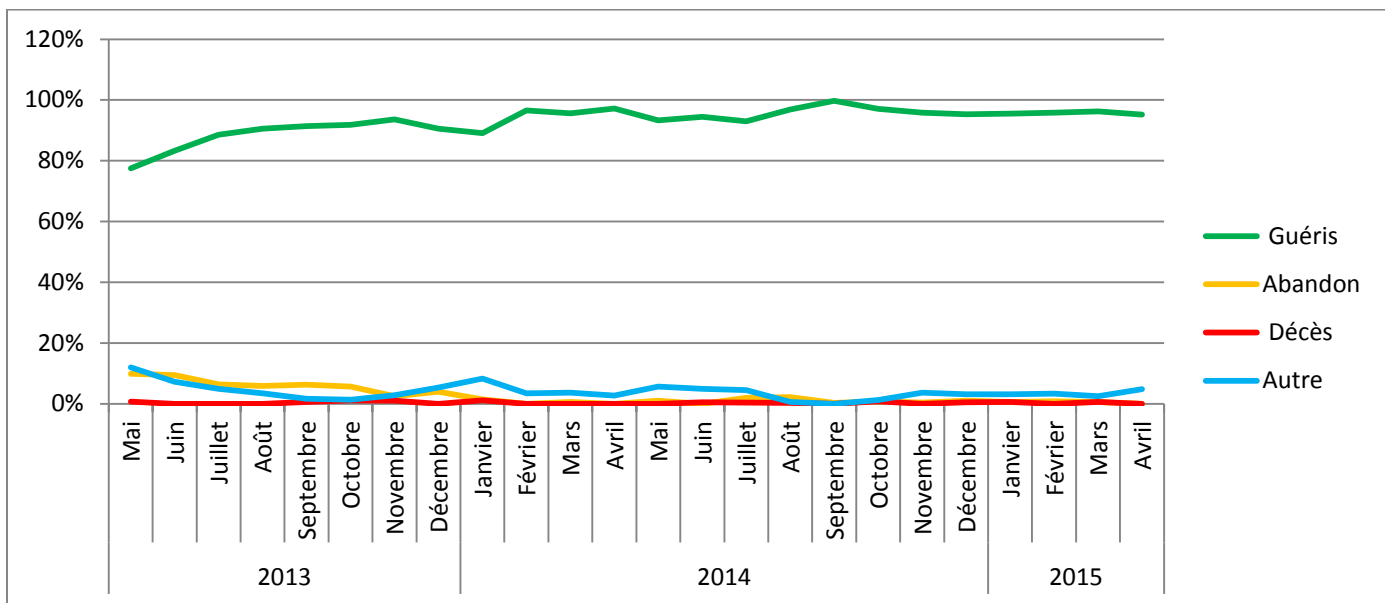


Figure 7: Evolution des indicateurs de performances URENAS de Mai 2014 à Avril 2015

Les indicateurs de performance des URENAS répondent aux valeurs de référence SPHERE standards de 2013 à 2015 (supérieur à 90%), ce qui est favorable à la couverture. Les



programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet, à une meilleure participation et adhésion de la communauté.

L'analyse des indicateurs de performance par CScom permet de classer les Cscm en trois catégories d'hypothèse de couverture en se basant sur le critère suivant:

- plus les indicateurs de performance sont élevés (beaucoup d'enfants guéris, peu d'abandons, peu de décès, peu temps dans le programme) plus une confiance se crée entre les mères et les Cscm et cette confiance probablement aura impact positif sur la couverture (la couverture sera plus élevée)

Le tableau 1 résume les hypothèses de couverture selon les indicateurs de performance pour chaque CScom.

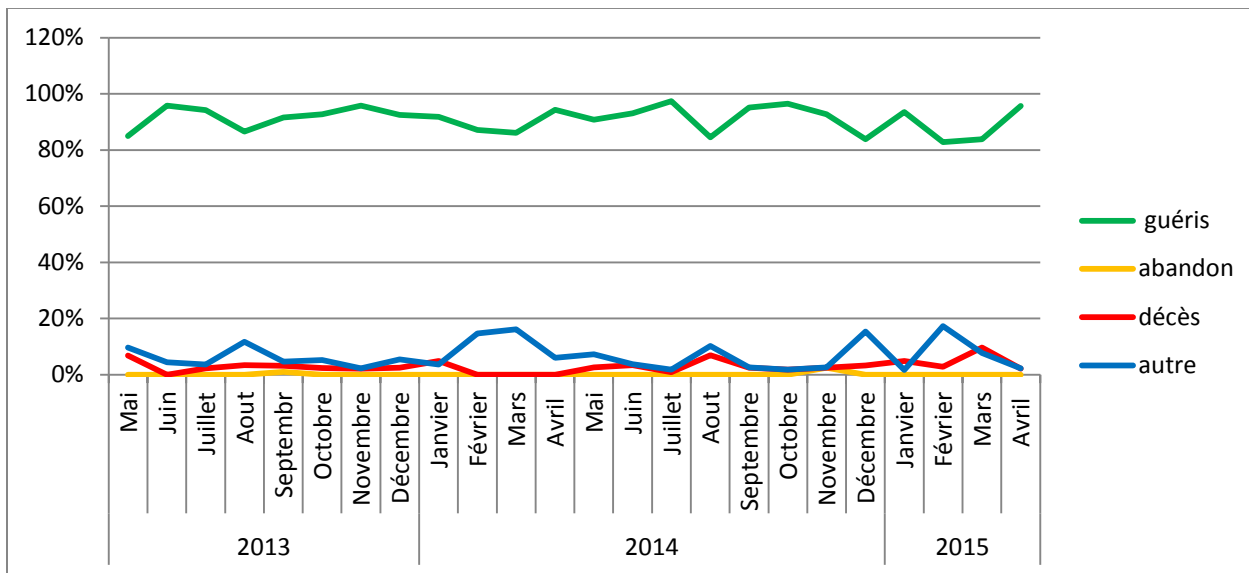


Figure 8: Evolution des indicateurs de performances URENI de Mai 2013 à Avril 2015



Au niveau de l'URENI, les indicateurs de SPHERE sont globalement dans les normes ce qui, comme pour les URENAS, peut présager d'une bonne couverture. Cependant nous constatons en 2015 un taux de transfert et non répondant pouvant atteindre les 20%. Cela pose des questions quant à la qualité de la prise en charge (erreur d'admission ? autre problème non documenté ?). Cela qui peut avoir un impact négatif sur la couverture en donnant une mauvaise image du programme dans la communauté qui aura peur d'amener les enfants malade à l'URENI voire même dans les URENAS.

Analyse de la durée moyenne de séjour

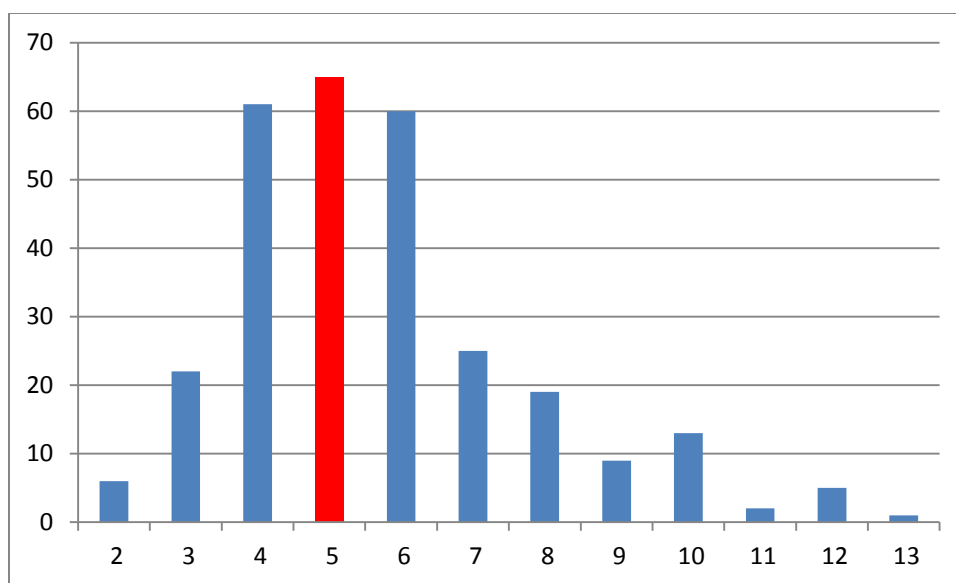


Figure 9: Durée de séjour avant guérison

La durée médiane de séjour avant guérison est de 5 semaines, ce qui correspond aux recommandations du protocole national de prise en charge (4 à 6 semaines) pour la moitié des enfants admis. Pour l'autre moitié, les durees sont superieures à 6 voir 10 semaines, qui peut être interprété comme un indice de couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut décourager certaines mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères (partage ration) que par le



personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non-répondants).

Une analyse plus fine des durees moyennes de sejour par aire de sante par rapport a la duree moyenne de sejour standard permet de faire une classification des aires de sante en partant sur le principe plus la duree de sejour est courte plus les meres pourront adherer et rester dans le programme jusqu'à la guerison et cela va rassurer les autres meres qui n'aurront confiance aux cscm .

Le tableau 1 résume les hypothèses de couverture selon la durée moyenne de séjour avant guérison.



- **Conclusion hypothèses de couverture**

L'analyse de toutes les données quantitatives aboutie au tableau suivant :

Tableau 1: Tableau récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives

Population Vs admission	Pb médian admission	Durée médiane séjour	Indicateur performance	Classement cscm
Seriwala	Seriwala	Seriwala	Seriwala	Seriwala
Tioribougou	Tioribougou	Tioribougou	Tioribougou	Tioribougou
Kolokani	Kolokani Cen	Kolokani Cen	Kolokani Central	Kolokani
Didieni	DIDIENI	DIDIENI	Didiéni	Didieni
Guihoyo	Guihoyo	Guihoyo	GUIHOYO	Guihoyo
MANTA	MANTA	MANTA	Manta	MANTA
Niokona	NIOKONA	NIOKONA	NIOKONA	Niokona
Nonssembougou	Nonssembougou	Nonssembougou	Nonssembougou	Nonssembougou
Ouolodo	Ouolodo	Ouolodo	OUOLODO	Ouolodo
Sonkeniè	Sonkeniè	Sonkeniè	Sonkénéié	Sonkeniè
Doubabougou	Doubabougou	Doubabougou	Doubabougou	Doubabougou
MASSANTOLA	MASSANTOLA	MASSANTOLA	Massantola	MASSANTOLA
NONKON			Nokon	NONKON
SABOUGOU	Sabougou	Sabougou	Sabougou	SABOUGOU
Sagabala	Sagabala	Sagabala	Sagabala	Sagabala
Mercoya	Mercoya	Mercoya	Mercoya	Mercoya
Samantara	Samantara	Samantara	Samantra	Samantara
Sebecoro 1	SEBECORO	SEBECORO	Sébécoro22	Sebecoro 1
Toussana	TOUSSANA	TOUSSANA	Toussana	Toussana
Sirakoroba	Sirakoroba	Sirakoroba	Sirakoroba	Sirakoroba
segue	SEGUE	SEGUE	SEGUE	segue
KOUMI	KOUMI	KOUMI	KOUMI	KOUMI



3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES

Les données qualitatives ont été collectées lors des entretiens semi structurés, des focus groupes, des entretiens informels et l'observation sur le terrain. Les guides souvent ont été utilisés lors de la réalisation de ces interviews.

Les accompagnants d'enfants MAS admis dans le programme (URENI et URENAS)

- les mères/pères ou grand-mères d'enfants de moins de cinq ans
- les relais communautaires
- les tradi-thérapeutes ou accoucheuses traditionnelles
- les leaders communautaires (chef de villages, chef de groupement de femmes, chef de jeunes etc....)
- les agents de santé
- les autorités locales (chefs de villages, conseillers du chef de village, imams, membres des ASACO, autorités communales)

Les guides d'entretiens portaient sur :

- les maladies infantiles, la connaissance de la malnutrition et de ses signes
- le parcours thérapeutique des enfants malades
- la connaissance et l'appréciation du service de prise en charge
- la qualité de la prise en charge
- les activités des relais communautaires
- l'implication des personnes clés
- les barrières à l'accessibilité

Les maladies infantiles, connaissance de la malnutrition et de ses signes

La malnutrition n'est pas perçue par la communauté comme une maladie à part entière. Il n'existe pas de terme commun pour définir la malnutrition. Près de cinquante termes ont été recensés pour décrire le marasme et le kwashiorkor (voir en annexe). Ces différentes appellations font le lien avec soit :

- les signes de la malnutrition (maigreur/ gonflement)



- l'état de santé de l'enfant ou une confusion avec d'autres maladies (paludisme, anémie, fièvre, fièvre jaune, maladie intestinale, présence de vers intestinaux).
- les pratiques de la mère (grossesse rapprochées,..) ou de l'enfant (manger la terre,...)

Les termes balakodece et balakodougua sont plus souvent utilisés par les agents de santé et par les personnes ayant eu des contacts avec les structures de santé mais ces termes ne sont pas utilisés spontanément dans la communauté.

Même lorsque ces termes sont connus les causes, conséquences et traitement de la malnutrition restent encore très confus pour la communauté.

Ainsi le lien et la confusion avec le paludisme (soumeya) est très fort. Une croyance forte lie également la malnutrition à un « mauvais lait » ou à une production insuffisante de lait.

Le parcours thérapeutique des enfants malades

L'analyse du parcours thérapeutique des enfants malades indique que l'utilisation des centres de santé (où la prise en charge de la malnutrition est assurée) ne représente pas le choix premier des familles et que les enfants malnutris reçoivent d'autres traitements en première intention.

Ainsi, l'automédication (achat de tisanes/plantes ou achat de médicaments à des vendeurs ambulants) est utilisée en première intention en raison de son caractère peu onéreux et de sa disponibilité (accessible dans chaque village). De plus, l'utilisation des plantes/tisane est très développée car dans chaque famille au moins un membre connaît leur usage pour le traitement de symptômes courants (diarrhée, problème de dentition, paludisme). En deuxième intention, les familles consultent les tradi-thérapeutes qui souvent en plus de leur diagnostic/traitement peuvent renseigner sur l'avenir de la santé de l'enfant (certains tradi-thérapeutes sont marabouts et/ou féticheurs). Les tradi-thérapeutes font partie de la communauté, sont reconnus et ont la confiance de la population. Le prix des consultations est souvent modique et adapté aux ressources du foyer. En cas de non amélioration de l'état de santé de l'enfant, les familles consultent au centre de santé. Les personnels de santé ont confirmé qu'une très grande majorité des enfants malnutris ont



déjà reçu à domicile d'autres traitements avant leur admission dans le programme. Le recours tardif au centre de santé est souvent en lien avec la barrière financière. En effet bien que le traitement de la prise en charge est gratuit (les mères admises dans le programme ont confirmé de point) nombreuses sont celles qui n'avaient pas l'information avant leur admission dans le programme. Certaines personnes interrogées ont également précisées connaître le caractère gratuit du programme mais que des coûts additionnels pouvaient être facturés en cas de consultation au CSCom (traitement oculaire, traitement dermatose etc....).

Connaissance et perception du service

L'existence du programme de PCIMA semble mal connue par l'ensemble des communautés particulièrement par les hommes. Les femmes qui fréquentent le service ont confirmé la gratuité du traitement. Bien que le plumpy nut et plumpy sup semble être connu d'une grande majorité de personnes, leur utilisation reste peu connue, très peu de personnes arrivent à faire la différence entre ces deux produits. Le plumpy nut et plumpy sup sont considérés comme des aliments et non un médicament.

Ces différents points indiquent que la sensibilisation communautaire est insuffisante et de l'importance de multiplier les sources de diffusion des messages pour cibler un maximum de population.

Qualité de la prise en charge

La qualité de la prise en charge semble assez homogène et d'assez bonne qualité dans l'ensemble des centres de santé. Le remplissage des supports est cependant préoccupant et relève des difficultés quant à la maîtrise du protocole (critère d'admission ou de sortie pas toujours respectés, durée de séjour trop longue,...) Le matériel de prise en charge, les intrants et les médicaments pour le traitement systématiques sont disponibles. La qualité de la prise en charge repose sur l'implication du personnel de santé et particulièrement les Directeurs Techniques de Centres (DTC) qui peut être très variable d'un centre à l'autre. La communauté ne s'est pas plaint des conditions d'accueil mais trouvent les temps d'attente trop long dans les CSCom. A ce temps d'attente il faut ajouter le temps (pouvant atteindre 4h), l'impossibilité pour les mères de se nourrir dans les centres (trop cher, peur de perdre sa place) qui décourage beaucoup de mères.



Organisations communautaires

En milieu rural, les canaux de diffusion de l'information semblent être bien définis, le chef de village étant en charge de désigner une personne (soit un crieur public, un chef religieux, une personne influente etc....) qui se chargera ensuite de communiquer les messages. De plus, la vie associative est très développée avec l'existence de nombreux groupements (groupements féminins, groupements de jeunes etc....) et les leaders des associations représentent des personnes clés pour la diffusion de messages.

Plusieurs chefs de villages éloignés des CSCom ont été rencontrés afin de connaître leur point de vue sur les difficultés d'accès au CSCom et les possibles ressources disponibles dans leurs villages pour pallier à ce problème. Selon eux, des possibilités de solutions communes sont possibles comme la mise à disposition de transport en commun. La faible organisation des villages dans ce sens résulte du fait que les hommes et les autorités locales ne sont pas réellement impliqués et conscients des activités de prise en charge et de la gravité de la maladie.

Activités des relais communautaires (sensibilisation et dépistage)

La participation des relais dans les activités de dépistage et de sensibilisation apparaît assez limitée et hétérogène. En effet, l'information sur le programme (connaissance de la malnutrition, gratuité de la PCIMA etc....) semble être peu connue de la population. De même, les actions de dépistage ne semblent pas couvrir l'ensemble des villages/hameaux, certaines femmes interrogées n'ayant jamais vu de MUAC. Un déséquilibre important existe entre les femmes et les hommes/autorités locales qui n'étant généralement pas impliqués dans les activités communautaires possèdent encore moins d'information sur le programme. Cette faible implication des hommes et autorités locales a un impact négatif sur la couverture car ces derniers possèdent le pouvoir de décision.

L'absence de motivation financière pour les relais a été citée comme un frein à la réalisation des activités. De plus, de nombreux relais ont fait part de relations tendues avec leur DTC et d'un manque de transparence du système de gratification. Tous cela concourt à affaiblir le volet communautaire.



Enfin, la majorité des relais sont des hommes et ont un certains ages et particulièrement en milieu urbain, le nombre de relais par quartier est insuffisant pour couvrir l'ensemble de la population sachant que les relais ont souvent une activité professionnelle en dehors de leur quartier de résidence.

Le tableau des barrières de la couverture

L'analyse qualitative a permis de collecter des informations concernant les barrières et les boosters relatifs au programme qui sont présenté dans les tableaux ci-dessous :

BARRIERES	
Accès aux soins	<p>Le recours à la médecine traditionnelle ou l'achat de médicaments retarde l'identification précoce de cas de malnutrition ce qui impacte par conséquent sur la prise en charge et la réponse au traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recours à l'automédication en première intention (tisanes/médicaments) • Recours aux tradi-thérapeute en deuxième intention <p>La distance couplée au manque de moyens de transport constitue des obstacles à la prise en charge et le suivi des enfants</p> <p>Le dépistage insuffisant qui ne permet pas d'identifier précocement les cas de malnutrition.</p> <p>Les taches et travail des mères impactes sur le suivi régulier des enfants</p>
Information/ sensibilisation	<p>La méconnaissance de la malnutrition par les communautés qui n'est pas considérée comme une maladie.</p> <p>La méconnaissance du programme de PCIMA par les communautés notamment par les hommes et les autorités locales indique des insuffisances dans la diffusion des messages et le dépistage par les relais</p>
Prise en charge	<p>Les ruptures fréquentes de plumpy sup impactent sur le suivi des enfants malnutri, augmentent le taux de rechute et engendre la « démotivation » de la communauté En effet, le Plumpy'Sup et le Plumpy'Nut ont la même appellation dans la communauté « Tikadèkèni » (patte d'arachide). Par conséquent, l'annonce d'une rupture de Plumpy'Sup dans la communauté peut être assimilée à une rupture du Plumpy'Nut (motif d'absence de suivi).</p> <p>Le partage du plumpy nut à la maison avec les autres enfants du foyer</p>



En plus de ces principales barrières, d'autres barrières ont été citées comme : le temps d'attente long/accueil, le refus de l'enfant de consommer le PPN, mauvaise organisation communautaire, la charge de travail des relais et ou la mauvaise relation au DTC.

Un exercice de pondération des barrières et boosters a été réalisés et est résumé dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 2: Ponderation des barrières

Pondération barrières	Moyenne
Inaccessibilité saison des pluies	4,9
Distance	4,8
Rite traditionnel/mariages traditionnels	3,9
Accords des hommes	3,6
Méconnaissance malnutrition	3,1
Faiblesse sensibilisation	2,9
Exodes jeune parents	2,9
Tradi thérapeutes	2,6
Travaux champêtres	2,6
Finance médicament	2,5
Finance transport	2,5
Mauvais accueil	2,3
Soignants ambulants	2
Faible implication des autorités	1,8
	42,4



Tableau 3: Ponderation des boosters

Ponderation boosters	Moyenne
Gratuite	4,8
Qualité des soins	4,4
Disponibilité des intrants	4,1
Dynamisme des relais/ASC	2,8
Accords des hommes	2,75
Proximité	2,4
Connaissance malnutrition	2,1
Sensibilisation effective	2
Implication des autorités	2
Bon accueil	2
Disponibilités des agents de sante	1,6
Échec traitement tradi thérapeute	1
Dépistage communautaire	1
Sensibilisation radio	1
	33,9

La moyenne des barrières et des boosters a été utilisée pour calculer la probabilité à priori.

$$\text{Prior} = \frac{(\text{barrières} + \text{boosters})}{2}$$



Avec : Barrières = $100 - 42,4 = 57,6 \%$
Boosters = $0 + 33,9 = 33,9\%$

$$\text{Prior} = \frac{(57,6 + 33,9)}{2}$$

Soit Prior = **45,7%**

Ce Prior pourra être utilisé lors d'une éventuelle enquête SQUEAC entière. Il donne une idée du niveau de couverture mais doit être confrontée avec enquête grande zone (étape 3).

Il est en cohérence avec les résultats de la SLEAC nationale (couverture comprise entre 20 et 50% pour le district).

La pondération des barrières et boosters doit être utilisée pour le développement de stratégie future c-a-d- mettre plus de temps et de moyens sur les barrières avec le poids le plus important et faire jouer plus fortement sur les boosters les plus forts.



3.2. ETAPE 2 : Confirmation de zones de couverture élevée ou faible (enquête sur petite zone)

3.2.1. METHODOLOGIE

L'analyse de la distribution spatiale des admissions et des différents facteurs influençant la couverture suggère une couverture probablement hétérogène.

Trois hypothèses concernant les zones de couverture élevée et les zones de couverture faible ont été proposées :

- la couverture est probablement plus élevée dans les villages vs Hameaux
- la couverture est probablement plus élevée dans les Cscm ayant de bonnes performances
- la couverture est probablement plus élevée dans les zones proches des Cscm

Hypothèse	Zone de couverture probablement élevée	Zone de couverture probablement faible
Hypothèse 1 : Village vs Hameaux	Villages	hameaux
Hypothèse 2 : Performance Cscm	Cscm avec bonne performance	Cscm avec performance faible
Hypothèse 3 : Distance	Villages proches des Cscm	Villages éloignés des Cscm

Pour tester ces hypothèses la recherche des cas de la petite zone a concerné les villages et hameaux correspondants aux critères cités ci-dessous, de 10 aires de santé¹,

Afin d'évaluer l'hypothèse de la distance pour chaque zone enquêtée, deux villages ont été évalués, le premier proche du CSCoM et le second éloigné du CSCoM.

¹ Aires sanitaires de Sabougou, Koumi, Mercoya, Toussana, Segue, Doudebougou, Sebecoro, Kolokani Central, Tioribougou, Niokono



La stratégie de recherche active et adaptative a été utilisée.

3.2.2 RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE L'ENQUETE SUR PETITE ZONE

L'analyse des résultats a été réalisée au moyen de la méthode LQAS simplifiée (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à une valeur seuil définie à 20% (moyenne nationale)

La règle de décision a été calculée selon la formule suivante :

$$d = \lfloor n \times p/100 \rfloor$$

n : nombre de cas trouvés

p : couverture standard définie pour la zone

Hypothese 1 : Distance

- Résultat de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée Villages a moins de 5 km du Cskom	Nombre de cas MAS	1	
	Nombre de cas couvert	1	
	Nombre de cas non couvert	0	
	En voie de guérison	5	
Hypothèse de couverture supposée faible Villages a plus de 10 km du Cskom	Nombre de cas MAS	14	
	Nombre de cas couvert	2	
	Nombre de cas non couvert	12	
	En voie de guérison	14	



- Analyses selon la methodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée Villages a moins de 5 km du Cscm	p=20%		Cas MAS couvert (1) > règle de décision (0)
	n=1		Couverture actuelle > 20%
	règle de decision	Hypothèse de couverture faible confirmée	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = 1 * (20/100) = 0.2$	
		d=0	
Hypothèse de couverture supposée faible Villages a plus de 10 km du Cscm	p=20%		Cas MAS couvert (2) = règle de décision (2)
	n=14		Couverture actuelle < 20%
	règle de decision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$D = 14 * (20/100) = 2,8$	
		d= 2	

- Conclusion

Hypothèse confirmée : La couverture serait plus faible dans les villages éloignées des Cscm.



Hypothese 2 : Performance des Cskom

- Résultats de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée Cskom avec de bonnes performances	Nombre de cas MAS	8	
	Nombre de cas couverts	0	
	Nombre de cas non couverts	8	
	En voie de guérison	4	
Hypothèse de couverture supposée faible Cskom avec performance faible	Nombre de cas MAS	7	
	Nombre de cas couverts	3	
	Nombre de cas non couverts	4	
	En voie de guérison	15	

- Analyses selon la methodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée Cskom avec performance élevée	p=20%		Cas MAS couvert (0) < règle de décision (1)
	n=8		Couverture actuelle < 20%
	règle de décision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture élevée non confirmée
		$d = 8 \times (20/100) = 1,6$	
		d=1	
Hypothèse de couverture supposée faible Cskom avec performance faible	p=20%		Cas MAS couvert (3) > règle de décision (1)
	n=7		Couverture actuelle > 50%
	règle de décision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture faible non confirmée
		$d = 7 \times (0,2/100) = 1,4$	
		d=1	

- Conclusion

Hypothèse non confirmée : La bonne performance d'un Cskom n'entraîne pas une bonne couverture, d'autres facteurs doivent intervenir.



Hypothese 3 : Villages vs Hameaux

- Résultats de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée dans les Villages	nombre de cas MAS	9	
	nombre de cas couverts	3	
	nombre de cas non couvert	9	
	En voie de guérison	5	
Hypothèse de couverture supposée faible dans les hameaux	Nombre de cas MAS	6	
	Nombre de cas couverts	1	
	Nombre de cas non couvert	5	
	En voie de guérison	10	

- Analyses selon la methodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée dans les Villages	p=20%		Cas MAS couvert (3) > règle de décision (1)
	n=9		Couverture actuelle > 20%
	règle de décision	$d = n * (p/100)$	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = 9*(20/100)=1.8$	
	d=1		
Hypothèse de couverture supposée faible dans les hameaux	p=20%		Cas MAS couvert (1) = règle de décision (1)
	n=6		Couverture actuelle < 20%
	règle de décision	$d = n * (p/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$d = 6*(20/100)=1.2$	
	d=1		

- Conclusion

Hypothèse confirmée : la couverture est plus élevée dans villages que dans les hameaux.



DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

Les différentes barrières identifiées durant l'évaluation ont soulevé majoritairement les faiblesses du volet communautaire du programme.

Les principales barrières sont :

- la faible mobilisation communautaire centrée uniquement sur l'activité des relais communautaires pour les sensibilisations et le dépistage des cas de malnutrition qui en cas de non implication du relais limite la diffusion des messages et l'identification des enfants malnutris.
- le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes) qui prolonge le parcours thérapeutique de l'enfant
- la faiblesse du suivi des MAS et ex MAS dans la communauté (rechute aggravation) et l'absence de dépistage passif systématique dans les structures de santé.
- la distance qui cache en réalité un problème d'accessibilité pour les femmes au moyen de transport (charrette, moto) détenus par les hommes. Ces derniers étant peu impliqués et ne voyant pas la gravité de la maladie ne voient pas la nécessité d'apporter un appui aux femmes
- la charge de travail des femmes /état de santé de la mère/cout opportunité élevé qui comme pour la distance couvre en réalité la polémique plus complexe du partage du pouvoir dans le ménage et de la non implication des hommes (rarement ciblés par les interventions) dans les questions de santé alors qu'ils détiennent le pouvoir financier et de décision.

Ces conclusions sont confirmées par les résultats de l'étape 2 en effet la performance des Cscm n'est pas ressortie comme un élément influençant significativement la couverture contrairement à des éléments comme la distance ou l'organisation sociale (village/hameau). Il est donc important pour AMCPP/ALIMA de réviser sa stratégie en donnant plus de poids à son volet communautaire et à défauts de l'améliorer de façon quantitative (augmentation du nombre d'animateurs ou responsable entièrement dédié à la mobilisation communautaire pour encadrer les animateurs).



Un changement de stratégie est nécessaire sur le poids qualitatif. De nouvelles approches doivent être tentées pour avoir un impact plus important et assurer la pérennité de l'action avec une réelle implication de la population.

Les chefs de villages et les hommes doivent être par exemple directement touchés par des actions de spécificités (groupe de discussion, partage de résultats de dépistages ou de sensibilisation) et l'action des animateurs ne doit pas se limiter à un rôle de recherche d'enfants MAS ou à l'encadrement des séances de dépistages. Ils doivent jouer un véritable rôle d'animateur c'est-à-dire créer ou jouer sur les dynamiques existantes au sein des communautés de la zone d'intervention, pour créer un mouvement, « animer » la population pour obtenir son engagement et une appropriation des questions de la malnutrition.

La véritable mobilisation communautaire peut être définie comme l'implication de l'ensemble des acteurs sociaux pouvant influencer le statut nutritionnel des enfants et leur prise en charge thérapeutique (parents, associations des femmes, des jeunes, leaders politiques, traditionnels et religieux, tradi thérapeutes etc.).

Dans cette perspective, les communautés auront à partager les responsabilités de la réussite des actions dès lors qu'elles en seront en partie les auteurs et les acteurs. La participation communautaire est renforcée pour améliorer la prévention, l'accès aux soins et l'observance aux traitements. Dépassant le cadre des activités des relais communautaires, la participation communautaire sollicite tous les membres de la communauté répartissant les tâches en fonction des dynamiques sociales existantes.

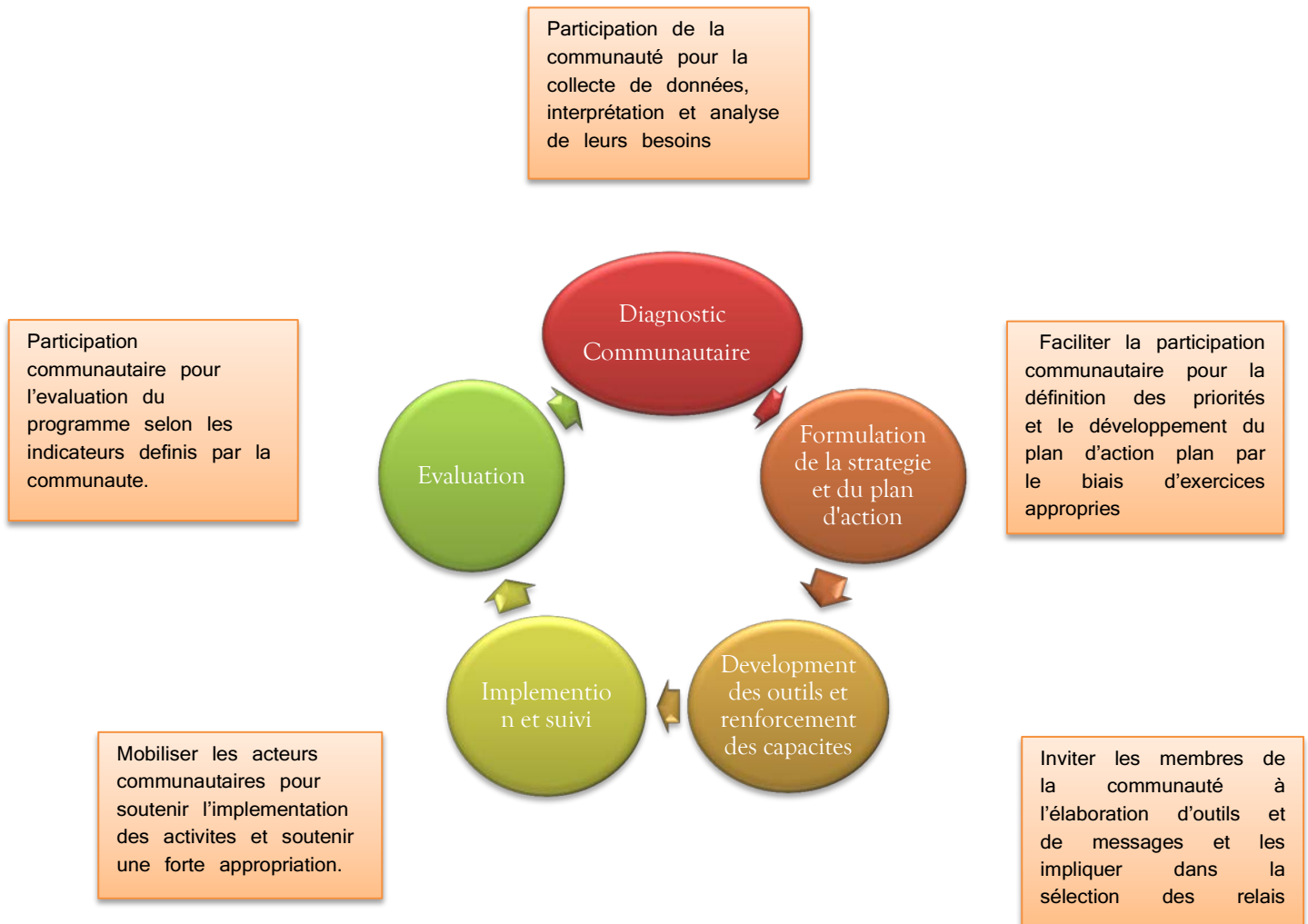
Les différentes étapes de la PCIMA sont ajustées en fonction des réalités sociales et culturelles de la zone d'intervention. Les communautés sont invitées à concevoir, mettre en œuvre et évaluer la PCIMA en partenariat avec les professionnels de santé ce qui augmente les chances de pérennité des actions.

Sa mise en œuvre vise à faire évoluer la PCIMA vers un programme de santé communautaire : Les « bénéficiaires » deviennent des partenaires à part entière du service.

L'engagement de la communauté s'obtient à travers une stratégie en 5 étapes (voir figure 1)



Figure 1: Les étapes de la participation communautaire pour les programmes PCIMA



Cette approche innovante est nécessaire pour obtenir une réelle amélioration de la couverture. BEFEN/ALIMA a pu démontrer au Niger que l'implication des mères dans les dépistages avec un résultat comparable avec les dépistages de masses réalisés par des relais communautaires avec en plus un coup moindre et surtout l'assurance de la pérennité de l'action. AMCPP/Alima devait également s'inscrire dans cette démarche.

Les principales recommandations sont résumées dans le tableau ci-dessous :



PLAN D' ACTIONS A METTRE EN PLACE DES LE VU D'AMELIORER LA COUVERTURE EN 2015

	Activités	Operateurs	Planning
Mobilisation Communautaire	Elaboration du programme et suivi	AMCP/ALIMA+ Développement Social	Trimestre 4 2015
Sensibilisation	Sensibilisation des hommes	AMCP/ALIMA + Mairie → Chefs de village, leaders religieux → Communauté (micro, crieur)	Année 2016
Information / sensibilisation	Information pour les femmes	AMCP/ALIMA + CAFO → Associations des femmes / radio	Année 2016
Dépistage	Intégration des hameaux dans les activités	AMCP/ALIMA + MCD+DRS+ASACO	Trimestre 4 2015
Dépistage	Distribution élargie de MUAC: Mères d'enfants guéris, leaders, associations des femmes, guérisseurs (?)...	AMCP/ALIMA + MCD+DRS	Trimestre 4 2015
Accès aux soins	Organisation villageoise ou par ASACO du transport des enfants (village enclavé)	CC+ Mairie, Préfecture, chefs de village, CAFO, associations des femmes, FELASCOM, ASACO	Trimestre 4 2015



Accès aux soins	Initiation du dialogue avec les guérisseurs	AMCP/ALIMA+ASACO+MCD, CC+ Association Guérisseurs	Trimestre 4 2015
Prise en Charge	Souplesse de prise en charge (hivernage) et village éloignés	DRS+ MCD+ CSCOM	Hivernage 2016
Formation/ recyclage	Recyclage des personnels sur l'administration du Plumpy Nut et la prise des pb (réalisation de test de standardisation)	AMCP/ALIMA+ MCD+ DRS	Trimestre 4 et 2015
Remplissage des supports	Utiliser un système de score pour classer les Cscm en fonction de la qualité du remplissage des supports	AMCP/ALIMA+ MCD+ DRS	Trimestre 4 et 2015
Qualité prise en charge	Utiliser classification des Cscm sur les données des routines (étape 1) pour leur suivi évaluation	AMCP/ALIMA+ MCD+ DRS	Trimestre 4 et 2015



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE

