



# **RAPPORT FINAL**

**ENQUETE SUR LE SUIVI DES BARRIERES A L'ACCES AUX SOINS EN  
MATIERE DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE  
DANS LA REGION DE GUIDIMAKHA**

**HP : Doulo MBOH : Consultant nutrition**

**ACF-E Mission Mauritanie**

**Mars – Avril 2014**

## **Résumé du rapport de suivi des barrières**

La **wilaya** (région) **du Guidimakha** se situe au sud de la Mauritanie et est divisée en deux départements (moughataa) composés de 18 communes. Il compte une population de 273.445 habitants avec 16,03% d'âge compris entre 6 et 59 mois. Les données de l'enquête SMART de soudure de Juillet 2013 montrent des résultats très inquiétants pour le pays et plus particulièrement pour la région du Guidimakha. En effet, il ressort de la SMART de Juillet 2013, sur le plan national, le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) s'élève à de 12,8% selon les normes OMS 2006. Ce taux, qui est en dessous du seuil d'urgence de 15%, a connu une légère hausse par rapport à celui de l'enquête de juillet 2012 (12,0%) et indique une situation nutritionnelle sérieuse. Le taux de malnutrition aiguë sévère (MAS) a également connu une légère hausse, passant 1,7% en juillet 2012 à 2,0% cette année à la même période. Dans la région du Guidimakha, le taux de MAG est de 20.8% et la MAS à 4.4 % soit des seuils supérieurs au niveau d'urgence. La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans évaluée grâce aux taux de malnutrition aiguë globale (MAG) au cours de l'enquête SMART (Ministère de la Santé/UNICEF) de décembre 2013/janvier 2014, reste stable en moyenne nationale, alors que la région du Guidimakha s'approche déjà des seuils d'alerte. Le taux de MAG dans la région du Guidimakha selon l'enquête SMART de Décembre 2013 /Janvier 2014 est de 9,3% et le taux de MAS de 0,5%.

Action Contre la Faim - Espagne (ACF-E) intervient dans la région de Guidimakha depuis mai 2009 avec comme objectif de renforcer les institutions sanitaires dans la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère (PECIMAS).

En Mars 2014, dans le cadre de la mise en œuvre du projet de « renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë en Mauritanie-Guidimakha » financé par ECHO, ACF-E a organisé une enquête « suivi des barrières » dans la région de Guidimakha avec comme objectif **d'évaluer les avancées dans le cadre de réponse aux principales barrières d'accès aux soins dans les aires de santé de 36 CREN de la zone d'intervention du projet.**

*Cette étude fait suite à l'investigation de la couverture du programme PCIMAS dans la région qui a été conduite du **9 au 30 avril 2013** en utilisant la méthodologie « Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage » (SQUEAC).*

Le tableau ci-dessous présente les barrières sur lesquelles le programme devait agir pour améliorer la couverture ainsi que les recommandations spécifiques qui ont été faites.

<b>Barrières</b>	<b>Recommandations</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Méconnaissance malnutrition</li><li>- Distance (problème de transport)</li><li>- Faible qualité de la prise en charge</li><li>- Soins des bénéficiaires, accueil et communication dans les PS/CS (peu de conseils et IEC aux accompagnants, etc.)</li><li>- Problèmes de communication-coordination à ACF (pas de réunions de coordination entre les différents volets de la nutrition à Guidimakha)</li><li>- Recours tardive au PS/CS (recours précoce au tradi-thérapeute et absence de référence au PS/CS par le tradi-thérapeute)</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Renforcer la sensibilisation sur la Malnutrition et sur la connaissance du programme</li><li>2. Améliorer la coordination et la gestion de données d'ACF et avec la DRAS</li><li>3. Mise en place de mesure pour réduire l'impact de la distance et l'encavage</li><li>4. Renforcer le suivi des CRENAS Allègement de l'occupation des mères</li><li>5. Renforcer le recours précoce au CRENAS/CRENI</li><li>6. Continuer le suivi de la couverture et des recommandations</li></ol>

Suites aux barrières identifiées lors du SQUEAC d'Avril 2013 et aux recommandations formulées, l'enquête a montré que les actions suivantes ont été menées par le projet pour réduire les barrières

Recommandations	Actions
<b>1. Renforcer la sensibilisation sur la malnutrition et la connaissance du programme</b>	Renforcement des équipes d'animateurs et de relais communautaires formés pour sensibiliser les communautés sur la Malnutrition Organisation d'activités de sensibilisation (causeries, théâtres, etc.) au niveau des villages d'intervention du projet Réalisation de panneaux de sensibilisation sur la malnutrition Participation aux réunions de coordination sur la nutrition au niveau de la région
<b>2. Améliorer la coordination et la gestion de données d'ACF et avec la DRAS</b>	Mise en place d'un Responsable de volet renforcement des capacités pour la DRAS pour appuyer la DRAS dans la collecte et l'analyse des données du SNIS - Organisation de rencontres périodiques avec la DRAS pour échanger sur les problèmes rencontrés au niveau de la PECMA dans la région. - Supervision conjointe avec la DRAS des CRENAS couverts par le projet. - Mise en place d'un stock de sécurité pour éviter les ruptures - Formation de l'ensemble des agents de santé au niveau des 36 CRENAS sur la PECMA avec l'appui de la DRAS - Appui à la DRAS pour la collecte et la remontée des données sur la nutrition pour le SNIS
<b>3. Mise en place de mesure pour réduire l'impact de la distance et L'enclavement</b>	le problème lié à la distance (problème de transport) et de l'enclavement pendant l'hivernage n'a pas encore été résolu
<b>3. Renforcer le suivi des CRENAS</b>	Formation et sensibilisation des agents de santé sur l'importance d'une bonne communication et d'un bon accueil des bénéficiaires PS/CS (peu de conseils et IEC aux accompagnants, etc.) - Augmentation des supervisions conjointes avec la DRAS tous les deux mois - Formation des agents de santé sur le protocole de prise en charge
<b>5. Renforcer le recours précoce au CRENAS/CRENI</b>	Augmentation des séances de sensibilisation au niveau communautaire
<b>6. Continuer le suivi de la couverture et des recommandations</b>	suivi des recommandations pour réduire les barrières, réalisation d'une enquête suivi des barrières en Mars 2014

Même si des efforts significatifs ont été faits pour réduire les barrières identifiées lors du SQUEAC d'Avril 2013, un certain nombre de recommandations se dégagent de cette étude visant d'avantage à réduire les barrières et améliorer la couverture.

Recommandations	Raisons
<p><b>Mise en place de mesures pour réduire l'impact de la distance et l'enclavement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Renforcer les stratégies avancées avec la DRAS</b></li> <li>- <b>Organiser des stratégies mobiles avec la DRAS pour augmenter la couverture</b></li> </ul>	<p>Il y'a des cas de MAS qui ne peuvent pas venir se faire consulter au niveau des centres de santé à cause de la distance qui les sépare de la structure de prise en charge de la malnutrition.</p> <p>Certains bénéficiaires trouvent que les moyens de transports sont inexistants pour certaines localités ou trouvent que les frais de transport sont trop élevés.</p> <p>Les motos que les ICP ont reçues tout récemment ne suffisent pas car la DRAS a du mal à les approvisionner en carburant</p>
<p><b>Réduire le manque de ressources humaines dans les structures de prise en charge de la malnutrition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaidoyer au niveau du MS pour le recrutement de plus de RH</b></li> <li>- <b>Motiver le personnel soignant qui choisit d'aller travailler dans les zones éloignées ;</b></li> </ul>	<p>Il est fréquent de trouver un seul ICP dans les Postes de santé.</p> <p>Certains ICP ne sont pas très motivés pour assurer la prise en charge de la malnutrition vue la gratuité des services pour ce programme.</p> <p>Absentéisme de certains ICP au niveau des centres de santé pendant les jours CRENAS</p>
<p><b>Renforcer les compétences des relais communautaires sur la malnutrition et les techniques d'IEC/CCC</b></p>	<p>les relais sont des personnes identifiées par la communauté mais il est important de plaider auprès de cette communauté pour choisir des RC qui savent lire et écrire.</p>
<p><b>Renforcer l'appui à la DRAS pour avoir des données à jour au niveau du SNIS</b>  <b>Appuyer les ICP au remplissage correcte des outils de suivi (registres, fiche de suivi individuel, etc.)</b></p>	<p>Même si ACF-E a mis en place un Responsable de volet chargé du renforcement des capacités au niveau de la DRAS, des efforts sont encore à faire pour appuyer la DRAS à la collecte des données au niveau des centres de santé, sensibiliser et suivre d'avantage le remplissage correcte des outils de suivi et de reporting, de compiler et d'assurer la promptitude des données du SNIS</p>

## **Plan du rapport**

ACRONYMES.....	3
Introduction .....	4
I.    Prise en charge de la malnutrition au Guidimakha.....	7
II.   Rappel des précédentes évaluations SQUEAC au Guidimakha.....	9
III.   Objectif de l'évaluation.....	11
IV.   Méthodologie.....	11
V.    Résultats.....	20
VI.   Discussion.....	27
VII.  Recommandations .....	29
Annexes.....	30

## ACRONYMES

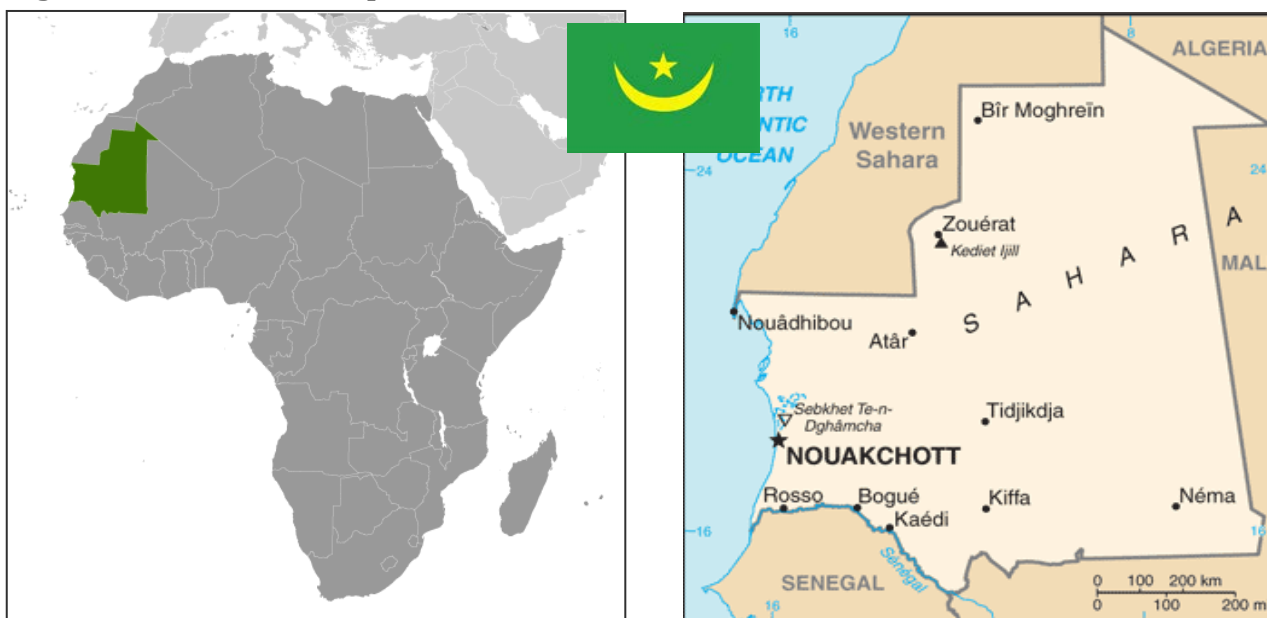
<b>AS</b>	Agent de Santé
<b>ATPE</b>	Aliment Thérapeutique prêt à l'Emploi
<b>BBQ</b>	Barrières, Boosters et Questions
<b>CDB</b>	Chef de Base
<b>CRENAM</b>	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour les Malnutris Modérés
<b>CRENAS</b>	Centres de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire
<b>CRENI</b>	Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle en Interne
<b>CS</b>	Centres de Santé
<b>CSA</b>	Commissariat à la Sécurité alimentaire
<b>DRAS</b>	Direction Régional des Actions Sanitaires
<b>ECHO</b>	European Community Humanitarian Office
<b>LQAS</b>	Lot Quality Assurance Sampling
<b>MAG</b>	Malnutrition Aigüe Globale
<b>MAS</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>Mr</b>	Monsieur
<b>MS</b>	Ministère de la santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PB</b>	Périmètre Brachial
<b>PCC</b>	Prise en Charge Communautaire
<b>PCIMA</b>	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
<b>PCIMAS</b>	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère
<b>PS</b>	Poste de santé
<b>P/T</b>	Poids/Taille
<b>RAC</b>	Recherche Active des Cas
<b>RC</b>	Relais Communautaire
<b>SB</b>	Suivi des Barrières
<b>SMART</b>	Standardized Monitoring and assessment of Relief and Transition
<b>SQUEAC</b>	Semi-quantitative evaluation of access and coverage (évaluation semi-Quantitative de l'accessibilité et de la couverture)
<b>TT</b>	Tradi-thérapeute
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Found

## Introduction

La République Islamique de Mauritanie est un pays saharien de l'Afrique de l'Ouest de 1.030.700 kilomètres carrés. Elle est parcourue par l'océan Atlantique à l'Ouest et traversé par le fleuve Sénégal au SUD qui fait la frontière avec le Sénégal. La Mauritanie possède aussi des frontières avec le Sahara Occidental, l'Algérie et le Mali. La capitale est Nouakchott et les 13 régions (wilayas) sont: Adrar, Assaba, Brakna, Dakhlet Nouadhibou, Gorgol, Guidimaka, Hodh Ech Chargui, Hodh El Gharbi, Inchiri, Nouakchott, Tagant, Tiris Zemmour et Trarza.

La plupart des 3.359.185 habitants du pays se concentre dans les villes de Nouakchott et de Nouadhibou et le long du fleuve du Sénégal, dans la partie du sud du pays. La population est divisée entre différentes ethnies et ils parlent une grande variété de langues. L'Arabe est la langue officielle de la Mauritanie: les Arabo-Berbères ou Maures, appelés aussi « les Blancs » et qui donnent le nom au pays «pays de Maures», son le group majoritaire (30%) et parlent le Hassaniya; les Négro-africains représentent 30% du total et ils parlent différent langues selon leur groupe d'origine: Toucouleurs, Sarakolés, Foulons, Bambaras, Peuls, Wolofs et Soninkés. Les 40% de la population est un mélange de Maures et de Négro-africaine.

**Figure 1. Cartes de l'Afrique et de la Mauritanie**



La Mauritanie est un pays avec un déficit alimentaire. La production domestique de céréale seule couvre un tiers de nécessités pendant un an normal. La Mauritanie est extrêmement dépendante de l'importation de grain (le mil et le sorgho) des voisins le Sénégal et le Mali, ainsi que de l'achat de blé sur le marché international. Cette dépendance expose le pays aux fluctuations globales de marché, en maintenant les ménages pauvres dans des cycles d'endettement et de pauvreté. La plupart des mauritaniens se maintient au moyen de l'agriculture traditionnelle et les activités de troupeau pour se nourrir, alors ils se trouvent dans un état de vulnérabilité chronique influée par l'irrégularité des pluies saisonnières et des conditions climatiques.

En Mauritanie différents systèmes de cultures sont pratiqués selon les régions: la culture pluviale (dièri), la culture irriguée, la culture de décrue (oualo) et la culture oasienne. L'agriculture est fortement tributaire de la situation géographique du pays. Elle est concentrée dans le sud du pays particulièrement le long du fleuve Sénégal, entre le 16e et 18e parallèle. Par cette raison, la majorité de la population rurale du pays habite dans deux zones: la zone d'agriculture fluviale et la zone le long du nord de la rivière du Sénégal. Cependant, les deux zones constituent uniquement une petite partie du

territoire, le reste duquel il s'étend au nord avec pastoralisme et agropastoralisme associé dans une plus grande ou moindre mesure à l'oasis; finalement des grandes aires de désert inhabité.

C'est dans la région de Guidimakha, une zone agricole pluviale, que se situe la zone enquêtée.

Le Guidimakha est l'une des 13 régions de la Mauritanie qui se trouve au Sud et en frontière avec deux pays le Sénégal coté Bakel et le Mali coté Melga. Il est administrativement composé de deux Moughata (district) qui sont Selibabi et Ould Yengé

Figure 2 : Moughata de Ould yengé et de Selibabi



Ces deux Moughatas couvrent au total 18 communes dont 7 à Ould Yengé et 11 à Selibabi. Le Guidimakha est une Wilaya (Région) agropastorale considéré comme le grenier de la Mauritanie. Les principales ethnies qui y habitent sont composées essentiellement des Peulhs, Maures et Soninkés et selon le dernier recensement de la population, le Guimakha compte 273 445 habitants. Et le nombre des enfants de 6 à 59 mois est estimé à 16,03% et qui est environ 43 833.

Le Guidimakha compte environ 50 Postes/Centre de Santé avec 49 CRENAS fonctionnels. Jusqu'en Mai 2014, trente-six (36) d'entre eux étaient appuyés par ACF-E.

ACF-E intervient dans le Guidimakha depuis 2009 dans le cadre de la prévention et la prise en charge de la malnutrition à travers une approche intégrée Sécurité Alimentaire, Eau, Assainissement / Hygiène et Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë. L'intervention dans le cadre de la malnutrition vise à assurer une prise en charge gratuite et de qualité à travers la réhabilitation (mise en place d'un paquet minimum EHA : eau potable, latrines adéquates, dispositif des gestions des déchets) et la dotation en équipement basique de 35 centres et postes de santé et CRENAM (détaillés dans la Figure<sup>1</sup>), l'accompagnement du couple mère-enfant dans la prévention et la guérison de la malnutrition, la formation du personnel, le renforcement du système de supervision et des structures de la communauté pour assurer le dépistage et le suivi des enfants. En plus de la réhabilitation et de la dotation des centres et postes de santé et la formation du staff au Guidimakha, ACF-E a concentré ses

Figure 1: CS/PS supportés par ACF-E



<sup>1</sup>La liste complète des centres et postes de santé qu'ACF-E supporte dans le Guidimakha sont présentés dans l'Annexe B de ce document.



efforts dans la phase 2012-2013 dans le renforcement des capacités de supervision de la DRAS et Districts Sanitaires à partir de l'identification des points focaux qui ont comme objectif le renforcement de la prise en charge dans le cadre de la supervision des structures de de santé, le renforcement des capacités de supervision et gestion d'intrants et le support direct aux activités de supervision.

Pour renforcer les structures de la communauté, ACF-E a mis en place un système de relais communautaires. Ceux-ci sont coordonnés et supervisés par le personnel de terrain d'ACF-E, conduisent les dépistages communautaires un mois sur deux et prennent en charge le suivi des enfants. Ils sont aussi chargés de la mise en place des activités liées au changement des comportements. L'approche communautaire a été complétée par l'implémentation des volets d'ATPC (Assainissement Totale Piloté par la Communauté) et TED (Traitement d'Eau à Domicile).

En avril 2013, l'analyse des recommandations de l'enquête SQUEAC a montré que certains blocages identifiés requièrent encore du suivi et du renforcement :

- Méconnaissance de la malnutrition en l'occurrence la MAS par les populations,
- Problèmes de coordination, de gestion des données et des intrants avec la DRAS,
- Problèmes de l'accessibilité géographique,
- Problème dans la qualité de la prise en charge au niveau des CREN suivant les directives et recommandations du protocole national.

Des recommandations ont été formulées à l'endroit de la DRAS et d'ACF-E visant à réduire ces barrières. Cette présente enquête qui a été réalisée en fin Mars début Avril, est une enquête de suivi des barrières et a pour objectif d'évaluer les avancées dans le cadre de réponse aux principales barrières d'accès aux soins dans les aires de santé de 36 CREN (35 CRENAS et 1 CRENI).

Cette enquête de suivi des barrières est réalisée qu'en deux étapes :

- L'investigation qualitative
- L'investigation quantitative

Afin de faire la comparaison avec les données de l'année dernière, les mêmes villages enquêtés ont été reconduits.

Une équipe composée de quatre (4) superviseurs et huit (8) enquêteurs a été recrutée pour faciliter la collecte des données qualitatives et quantitatives.

L'investigation qualitative est réalisée à l'aide d'un guide pour entrevus et focus groupe qui finalement a permis de toucher plusieurs sources en utilisant plusieurs méthodes au niveau des villages qui avaient été enquêtés lors du dernier SQUEAC d'Avril 2013.

L'investigation quantitative a aussi touché les 40 villages du dernier SQUEAC et il s'agissait de faire une recherche active des CAS de MAS. A ce niveau les enquêteurs ont utilisé le formulaire pour collecter les statistiques de dépistage de la RAC et un questionnaire destiné aux accompagnants des MAS non couverts pour comprendre les barrières qui empêchent ces cas de MAS à rejoindre le programme.

Un questionnaire relatif aux barrières du dernier SQUEAC a été administré aux personnels de la DRAS et de l'équipe d'ACF-E pour suivre le degré de réalisation des recommandations relatives aux barrières.

Les résultats montrent que plusieurs efforts ont été réalisés par la DRAS et ACF pour réduire les barrières, mais que certaines barrières subsistent encore :

- Problème de transport bénéficiaire (Véhicules rares et billet de transport cher, enclavement des villages en période d'hivernage)
- Personnel de santé débordé (manque de Ressources Humaines)
- Faible niveau de connaissance des Relais communautaire(RC) sur la malnutrition(ne maîtrisant pas souvent les critères d'admissions)

Parmi les 51 enfants dépistés durant la recherche active des cas, il y'a 17 cas de MAS dont 10 couverts et 7 non couverts et 37 en voies de guérison.

Les barrières qui empêchent les MAS non couverts de rejoindre le programme étaient plus liées au transport et les occupations des accompagnants qui n'avaient pas le temps nécessaire pour amener les enfants au centre de santé.

### ***I. Prise en charge de la malnutrition au Guidimakha***

ACF-E est opérationnelle dans la région du Guidimakha depuis 2009, et reçoit des financements de l'union européenne (ECHO) pour ses activités de prise en charge de la malnutrition. Le dernier projet financé « Projet de renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë en Mauritanie » a démarré le 01 mai 2013 pour prendre fin le 28 Avril 2014. Ainsi ACF-E appui 35 CRENAS et 1 CRENI qui sont repartis dans les 18 communes se trouvant dans les deux Moughatas de Selibabi et de Ould Yengé de la wilaye (région) du Guidimakha.

ACF a commencé en 2009 par la couverture de 13 CRENAS et 1 CRENI Dans 13 communes avant de couvrir 35 CRENAS en plus du CRENI dans 18 communes selon le tableau suivant :

**Tableau 1 :** l'évolution de la couverture géographique des activités de nutrition d'ACF-E au Guidimakha

<b>Année</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Nombre des Communes</b>	13	15	15	18	18
<b>Nombre des CRENI</b>	1	1	1	1	1
<b>Nombre des CRENAS</b>	13	26	27	35	35
<b>Identification et mise en place des RC</b>	31	87	195	220	279

❖ Le CRENI correspond aux services offerts en hospitalisation aux hôpitaux régionaux: pour les enfants souffrants d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications. Dans la région de Guidimakha il n'ya qu'un seul CRENI qui se trouve au niveau de l'hôpital de Sélibabi. ACF-E apporte un soutien considérable pour le CRENI qui se matérialise en :

- Supervisions formatives,
- formation et recyclage des gestionnaires du CRENI (médecin, infirmier, auxiliaires et les bénévoles).
- Un approvisionnement en médicament gratuite pour les enfants admis dans le CRENI/Pédiatrie.

- Un appui financier à l'hôpital qui rentre dans le cadre de la restauration des malades et la préparation de trois repas pour les accompagnants des MAS au CRENI/Pédiatrie. Une partie de cet appui sert à payer les honoraires de 4 aides nutritionnistes, une partie des honoraires de la gestionnaire principale du CRENI et le remboursement de quelques-uns de ses frais de communication.
  - Un Kit d'hygiène pour les accompagnants MAS appelé kit mère enfant pour les sortants du CRENI.
  - Un autre Kit d'hygiène pour la propreté du CRENI/ Pédiatrie.
  - Un remboursement des frais de transport pour ce qui sont référé d'un CRENAS vers le CRENI.
  - Un appui en ressources humaine par le recrutement d'un médecin qui aide à la mise en œuvre des activités du CRENI/Pédiatrie et à la formation du personnel
- ❖ Le CRENAS correspond aux services offerts au niveau des Centres et des Postes de Santé : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire et avec appétit modéré ou bon et ne présentant pas de complications médicales .Il existe actuellement 50 Ps de santé dont 49 fonctionnelles au moment de l'enquête qui sont des CRENAS dans la région de Guidimakha. ACF-E appui et apporte de l'assistance technique à 35 CRENAS. Il s'agit :
- d'organiser environ 70 supervisions par mois en raison de 2 supervisions par mois et par structure.
  - Des supervisions conjointes avec les points focaux de la DRAS et les deux Moughatas (district)
  - D'approvisionner les CRENAS en médicaments pour le traitement systématique.
  - Assure le transport des ATPE qui sont fournis par l'Unicef par l'intermédiaire de la DRAS.
  - Des formations continues pour les médecins, les ICP, les auxiliaires.
  - Un appui en ressource humaines par le recrutement d'un responsable de volet renforcement des capacités
- ❖ La PEC des enfants malnutris modérés se fait dans les Centres de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris Modérés (CRENAM). Le CRENAM correspond aux services offerts au niveau des CAC/USB (Centre d'Alimentation Communautaire / Unité de Santé de Base. Les activités des MAM sont mises en œuvre et exécutées par les ONG nationales. Dans les années précédentes Le PAM assurait l'approvisionnement des structures de prise en charge des MAM en CSB+, pour les bénéficiaires enfants et FEFA (femmes enceintes et allaitantes). Mais pour cette année et surtout pour les enfants MAM le PAM approvisionnent les ONG en plumpy – Sup. Dans ce même « Projet de renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë en Mauritanie » ACF-E a formé 6 superviseurs des ONG qui travaillent dans les CRENAM dont 3 d'ADIG et 3 d'Actions. Il y'a eu également la formation de 36 auxiliaires CRENAM.

Pour atteindre ses objectifs, le projet nutrition d'ACF Guidimakha s'organise au tour d'un Chef de projet et est assisté par 6 responsables de volet :

- Responsables de volet médicale (1 médecin) : qui travaille avec le CRENI et la pédiatrie de l'hôpital de Sélibabi
- 2 Responsables de volet nutrition santé (2 infirmiers) : avec un qui supervise 3 ATS et l'autre 4 et chaque ATS est responsable de 2 ou 3 animateurs ce qui fait au total 16

animateurs. Les animateurs travaillent avec un réseau de 279 relais communautaires qui sont identifiés dans la communauté. Ils ne sont pas salariés mais reçoivent des incitatives pour leur motivation.

- Responsables de volet support programme : qui travaille de façon transversale avec l'ensemble des volets (santé et communautaire).
- Responsable de volet : Renforcement des capacités qui est logé à DRAS pour appuyer et renforcer les capacités de la DRAS.
- Responsable de volet : Système d'information et qualité nutritionnelle
- Au niveau régional, ACF-E travaille en collaboration avec la DRAS et fait partie de différentes cellules de coordination régionale de sécurité alimentaire et de nutrition.

## II. *Rappel des précédentes évaluations SQUEAC au Guidimakha*

Plusieurs évaluations ont été conduites depuis 2009 jusqu'à 2014 et ci-dessous deux tableaux qui montrent les évolutions et les principales barrières à la couverture.

**Tableau 2 : Résumé des données des précédentes évaluations de couverture**

<b>Année</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
<b>Types d'évaluation</b>	SCAS	SQUEAC
<b>Zone</b>	Zone d'intervention ACF-E : 13 Communes	Zone d'intervention ACF, région de Guidimakha 15km autour des structures de santé (~15 communes)
<b>Critères d'admissions PB</b>	PB < 110 mm	PB < 110 mm
<b>Taux de couverture</b>	Directe : 29,3% (IC 95%: 16.1- 45.5)	Actuelle : 33,0% (IC95% : 20,7-48,7)
<b>Principaux barrières identifiés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible mobilisation communautaire</li> <li>- Rupture des vivres supplémentaires</li> <li>- Non -participation de DRAS aux Supervisions</li> <li>- Absence des infirmiers des CRENAS et le faible nombre de RC</li> </ul>	- Manque de connaissance de la population du programme de nutrition

<b>Année</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Types d'évaluation</b>	SQUEAC	SQUEAC
<b>Zone</b>	Zone d'intervention ACF 15 Communes	Zone d'intervention ACF, région de Guidimakha 15km autour des structures de santé (18 communes)
<b>Critères d'admissions</b>	PB < 110 mm	PB < 115 mm
<b>Taux de couverture</b>	Actuelle: 38,2% (IC95% : 26,3-51,6)	Actuelle : 34,5% (IC95% : 23,9-47,0)
<b>Principaux barrières identifiés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Méconnaissance du programme</li> <li>- L'accès déficient aux services du programme de la communauté Maure</li> <li>- Abandons dans les premières semaines. Accueil et absence du personnel de leur poste de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance de la malnutrition et identification comme maladie traditionnelle</li> <li>- Distance (problème de transport)</li> <li>- Faible qualité de la prise en charge au CRENAS</li> <li>- Soins des bénéficiaires, accueil et communication dans les PS/CS</li> <li>- Recours tardive au PS /CS</li> <li>- Faible gestion des intrants et rupture de PPN /traitement systématique</li> <li>- Enclavement pendant l'hivernage</li> <li>- Occupation des mères (agriculture, élevage, maison)</li> <li>- nombre d'abandons élevé</li> <li>- Retard dans le début des activités du programme ACF-E ( de sensibilisation, renforcement des capacités)</li> <li>- Problème de communication - coordination ACF-E</li> </ul>

## III. Objectif de l'évaluation

### 3.1. Objectif principal

Evaluer les avancées dans le cadre de réponse aux principales barrières d'accès aux soins dans les aires de santé de 36 CREN de la zone d'intervention du projet.

### 3.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Apprécier l'évolution des indicateurs de performance des centres de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6-59 mois dans la zone d'intervention du projet de Mai 2013 à février 2014 ;
- ✓ Apprécier l'évolution de la perception des communautés sur la malnutrition dans la zone d'intervention du projet;
- ✓ Identifier les actions entreprises pour améliorer la couverture et l'accessibilité au regard des barrières identifiées au cours de la précédente SQUEAC et évaluer leurs effets ;
- ✓ Déterminer les résultats obtenus en matière de réduction des barrières à l'accès aux soins dans la zone d'intervention du projet;
- ✓ Identifier les points forts et les points à améliorer en matière de mise en œuvre des recommandations de l'enquête SQUEAC d'avril 2013 ;
- ✓ Identifier les zones de couverture plus faible et les zones de couverture plus élevée
- ✓ Réajuster les suggestions/recommandations formulées au cours de la précédente SQUEAC afin d'améliorer l'accessibilité et la couverture du service PCIMA ;

## IV. Méthodologie

### 4.1 Approche générale

Il s'agit d'une enquête de suivi des barrières(SB) de la couverture et l'accessibilité à la prise en charge de la malnutrition qui a lieu dans les 18 communes de la zone d'intervention du projet. 36 CREN (35 CRENAS et 1 CRENI) sont appuyés par ACF-E dans le cadre de ce « projet de renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aigüe en Mauritanie » autour desquelles, les activités de prise en charge de la malnutrition aigüe sont régulièrement menées.

Il s'agit d'une étude semi-quantitative à visée évaluation et analytique. Elle a eu lieu du 21 Mars 2014 au 16 d'Avril 2014.

L'enquête s'est basée sur la méthodologie de la mise en œuvre de l'enquête SQUEAC réalisée en Avril 2013. Pour rappel SQUEAC est l'Outil d'Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture qui a été développé par Valid International, FANTA, BrixtonHealth, ConcernWorldwide, ACF et World Vision pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture des programmes de nutrition.

Cette enquête de suivi des barrières combine deux types de données

- ✓ Données quantitatives : données de routine et données collectées au cours d'enquêtes sur la zone d'intervention du programme de nutrition.

- ✓ Données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté, des acteurs et bénéficiaires impliqués dans la malnutrition.

L'enquête de suivi des barrières est une investigation sur les réalisations relatives aux activités menées par les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère pour réduire les barrières de couverture et d'accessibilité constatées au niveau de l'enquête SQUEAC 2013. Elle se base sur deux principes fondamentaux que sont l'exhaustivité (des informations jusqu'à saturation) et la triangulation (des sources, des méthodes et l'ethnie).

## ***4.2 Les étapes de l'évaluation***

L'enquête de suivi des barrières à la différence de la méthodologie de SQUEAC se limite à deux étapes complémentaires.

### **Etape 1**

Cette étape s'appuie sur l'analyse des données de routine du programme et des données additionnelles collectées au niveau des formations sanitaires, ainsi que sur les informations qualitatives collectées au cours d'entretiens individuels ou de groupes de discussion auprès des personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans le programme.

Dans cette étape nous avons aussi analysé les informations des investigations de la couverture précédente et surtout les recommandations de la dernière SQUEAC.

#### **❖ Informations qualitatives**

Plusieurs sources touchées, plusieurs méthodes adaptées à la collecte des données qualitatives et tous triangulé avec les différentes ethnies vivantes dans la zone d'intervention ont permis d'identifier les barrières et les avantages potentielles à l'accessibilité.

Les sources : Communauté des femmes et des hommes, Autorité /Notable, Tradithérapeutes, Accompagnants MAS, Agent de santé, Personnel ACF, Autorités sanitaires et autres ONGs partenaires MAM.

**Les méthodes :** Focus groupe, Entrevues semi structurés, Entrevues approfondis (étude de cas), Observation, analyse des données et SQUEAC 2013.

**Les ethnies :** poular, Maure, Soninké etc.

**L'outil BBQ :** Au fur et à mesure des avancées de l'investigation, les informations collectées, analysées, triangulées sont consignées et organisées en utilisant l'outil Barrières Boosters et Questions (BBQ) qui permet de collecter de façon itérative les éléments qui apparaissent être des barrières pour la couverture de la prise en charge, les éléments favorables à une meilleure couverture et les questions soulevées par l'investigation qui amènent à la recherche de réponses au jour le jour.

**Terminologie :** Au fur et à mesure les terminologies de la malnutrition et du Plumpy-nut sont collectés en langues locales.

#### **❖ Analyse du suivi des recommandations du SQUEAC 2013**

L'analyse du suivi des recommandations de l'investigation SQUEAC menée l'année précédente permettait d'identifier des axes où le programme d'ACF-E avait fait des améliorations et d'autres axes qui n'avaient pas été beaucoup travaillés.

Pour cette partie la méthodologie a été formulée comme suit : nous avons pris les barrières de l'année dernière que nous avons transformé en questionnaire qui a été administré aux responsables de la

DRAS et d'ACF-E. L'objectif était de demander à la DRAS et à ACF-E quelles sont les actions qui ont été faites pour réduire les barrières. Les informations recueillies ont été triangulées et pondérées.

#### ❖ **Analyse des données de routine et des données individuelles**

L'analyse des données de routine permet d'évaluer la qualité générale du service, d'en dégager les tendances en termes d'admissions et de performance, et de déterminer s'il répond correctement aux besoins. Cette étape permet également d'identifier les éventuels problèmes liés à l'identification et l'admission des bénéficiaires ainsi qu'à la prise en charge. Enfin, elle apporte les premières informations sur les différences de performance selon les zones.

- Admissions et abandons globales du programme par PS/CS au cours du temps (CRENAS et CRENI): Les tendances des admissions et abandons sont comparés avec le disponible comme informations
- Sorties par types et par CRENAS, évolution des indicateurs de performance au cours du temps.
- Données du dépistage communautaire des relais communautaires

#### **Etapes 2**

C'est la partie quantitative de l'enquête, il s'agit de la recherche active des cas MAS (RAC): les 40 villages qui avaient servi l'année dernière de la RAC ont été reconduits pour permettre de faire des comparaisons.

Un questionnaire pour les accompagnants MAS non couverts a été utilisé pour comprendre les barrières à leur accessibilité au programme de prise en charge de la malnutrition. Ce questionnaire est accompagné par un formulaire de collecte des données statistiques relatives aux MAS : Les MAS, les couverts, les non couverts et les en « voies de guérison ».

Cette étape permet aussi de voir les zones où il y'a plus de MAS non couverts et par conséquent les zones à couverture élevée ou faible.

### **4.3 Déroulement de l'évaluation**

#### **A Au niveau Nouakchott**

Le consultant a pris connaissance des TDR de la consultation et est rentré en contact avec la responsable nationale nutrition d'ACF-E à la coordination à Nouakchott. Et les activités réalisées à ce niveau sont :

- Mise à disposition de la documentation relative aux précédentes SQUEAC
- Projection des objectifs de la consultation
- Réalisation de l'offre financière par le consultant
- Signature du contrat
- Voyage du consultant de Nouakchott/Sélibabi

Après Sélibabi le consultant est revenu de nouveau à Nouakchott pour la finalisation du rapport.

#### **B Au niveau de Sélibabi**

Le consultant a commencé ses activités par des rencontres et des débriefings :

- Briefing avec le chef de base



- Briefing avec la chef de projet nutrition du Projet de renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë en Mauritanie et rencontre avec les autres agents d'ACF-E : il y'a eu discussion par rapport aux attentes mais aussi partage des documents et des bases des données CRENAS et CRENI.

Suite à ces discussions le consultant a apporté des retouches à la planification initiale :

**Tableau 3 : Planification**

Activité	Mars								Avril			
	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4
Formation												
Mission d'investigation (enquête qualitative)												
restitution des BBQ												
Recherche active des CAS( enquête quantitative)												
Encodage des données												
Vérification des bases de données restitution pour la base de Sélibabi												
Retour Nouakchott												

#### Mise en place de l'équipe d'enquête :

Douze (12) personnes ont été recrutées dont 6 superviseurs et 8 enquêteurs.

NB : deux superviseurs sur les 6 sont les points focaux de la DRAS ;

**Tableau 4 : Liste des participants enquête suivi des barrières**

Superviseurs	
Nom	N° Telephone
Aliou Diallo	41079727
Oumar Bambado camara	41281423
Demba Kalidou Sow	46062346
Youbawa O/ Rachid	46865816
Ali Traoré ( Point focal Selibabi)	46913438
Mohamed Sidi ( Point focal DRAS)	46494955
Enquêteurs	
NDEYE Amy Gueye	46876333
Bithi Mamadou Sow	44319706
Ba Housseyni Samba	41496764
Alassane Maham Sow	48131021
Mouhadji Kane	44581629

Dia Ousmane	47596446
Harouna Salif Soumaré	47507899
Aboubacry Moussa Sow	48223735

## Formation des Equipes

Une formation de 2 jours a été organisé, le 24 et le 25 Mars 2014 au profit des superviseurs et des enquêteurs de l'équipe.

**Tableau 5 : Chronogramme de la formation suivi des barrières**

Deroulement	Activités	Responsable
1 <sup>er</sup> Jour		
09H00-9H30	Accueil et installation des participants	Amparo
09H30-10H00	Présentation et préparation des listes de participants	Participants
10H00-13H30	Présentation Module malnutrition	Doulo MBOH
13H30-15H00	Pause	Logistique ACF
15H00-16H	Présentation du Guide Focus Groupe	Doulo MBOH
2 <sup>er</sup> Jour		
09H00-11H30	Présentation Guide recherche des cas et Présentation questionnaire RAC	Doulo MBOH
11H30-13H30	Présentation fiche collecte des données dépistage des cas	Doulo MBOH
13H30-15H00	Pause	Logistique ACF
15H00-16H	Préparation, répartition des équipes et tâches et sélection des villages a visité	Doulos MBOH et participant

Avant de commencer la formation chaque participant a reçu une version papier de tous les supports nécessaires. Et la multiplication ces supports a été faite selon le tableau ci-dessous

**Tableau 6 : outils de collecte des données**

Nom du document
Guide pour entrevues/ focus groupes- thèmes a abordé pour le travail qualitatif
Procédure de recherche active des cas
Fiche de collecte des données
Questionnaire pour mère accompagnant les enfants malnutris sévères

## **Contenu de la formation**

### **- Formation sur la malnutrition :**

Cette formation a touché les thèmes suivants qui sont détaillés dans le module en Annexe « formation des enquêteurs SQUEAC » :

- Les définitions de quelques concepts relatifs à la nutrition
- Les causes de la malnutrition
- Quelques formes de la malnutrition
- Grands groupes d'aliments et leurs rôles
- Les structures de prise en charge de la malnutrition
- Evaluation des enfants MAS
- Utilisation pratique du Brassard
- Résumé de la malnutrition

### **- Formation sur l'utilisation du guide des entretiens et focus groupe :**

le contenu se résume aux points suivant :

- Compréhension de la malnutrition et connaissances des signes de malnutrition
- Croyances liées à la malnutrition/ stigmatisation
- Comportement de recours aux soins
- Connaissance de l'existence du traitement et de la gratuité
- Appréciation du service, perception/ utilisation de l'ATPE
- Qualité de la prise en charge
- Activité des relais communautaires/ animateurs
- Barrières à l'accessibilité/ raisons d'abandons
- Perception de la couverture

### **- Guide pour les procédures relatives à la collecte des données quantitatives**

Ce guide est en Annexes et aide les enquêteurs à s'orienter quand ils arrivent dans les villages pour la recherche active des cas.

### **- Formation sur l'utilisation du questionnaire des accompagnants MAS non couverts.**

Il a été projeté et expliqué en plénière devant les enquêteurs pour garantir la qualité de son remplissage

### **- Formation sur le formulaire de collecte des données pour le dépistage de la recherche active des cas (RAC).**

Il s'agit d'un tableau qui facilite la collecte des données statiques relatives au dépistage de la recherche active des cas (RAC).

### **- Formation sur les procédures de suivi des barrières**

Le tableau de base précisant les sources, les méthodes et l'Ethnie est celui de SQUEAC 2013

**Tableau 7 : Sources, méthode et Ethnie pour l'investigation Qualitative**

Code	Source	Code	Méthode	Code	Ethnie
1.	Communauté femmes	A.	Focus Group	\$	Poular
2.	Communauté hommes	B.	Entrevue semi structuré	O	Maure
3.	Autorités /notables	C.	Entrevue approfondie (étude de cas)	£	Soninké
4.	Tradithérapeutes	D.	Observation		
5.	Accompagnants MAS	E.	Analyse de données		
6.	Agents de santé	F.	SQUEAC 2012		
7.	RC				
8.	Personnel ACF				
9.	Autorités sanitaires				
10.	Autres ONG partenaires MAM				

#### **- Répartition des équipes et planification de l'enquête qualitatives**

Quatre équipes ont été formées. Le même nombre de village que l'année dernière a été repris.

Il a été projeté les cartes de Sélibabi et d'Ould Yengué et sélectionnés des villages de tel sorte que la répartition touche toutes les zones de la wilaya du Guidimakha.

En plus des équipes il y'a eu la répartition des sources et des méthodes pour la réalisation des entretiens et focus groupe (voir tableau 5).

**Tableau 8 : Répartition des Equipes investigation (Phase qualitative)**

**Du 26 au 29 Mars 2014**

**Mercredi 26**

**Jeudi 27**

**Vendredi 28**

**Samedi 29**

<b>Date et village</b>	<b>1er jour Dafort</b>	<b>2er jour Waer et hmaimid</b>	<b>3er jour Baidiam</b>	<b>4er jour Selibabi</b>
<u>Equipe 1</u> Youbawa o/ Rachide Alassane Maham Ndeye Amy G UEYE <b>Ali Traoré(P focal)</b>	Communauté femmes  Communauté hommes	Autorités /notables  Traditherapeutes	Accompagnants MAS  Agents de santé  RC	Personnel ACF  Autorités sanitaires  Autres ONG partenaires MAM
<b>Date et village</b>	<b>1er jour Djegui</b>	<b>2er jour Ghabou</b>	<b>3er jour Sagné Dieri</b>	<b>4er jour Coumba NdaO</b>
<u>Equipe2</u> Demba kalilou Sow Ba Housseynou Samba Mohaji Kane <b>Mohamed Sidi(PF)</b>	Personnel ACF  Autorités sanitaire	Autres ONG partenaires MAM  Accompagnants MAS	Agents de santé  RC  Autorités /notables	Traditherapeutes  Communauté femmes  Communauté hommes
<b>Date et village</b>	<b>1er jour KoroKoro</b>	<b>2er jour Hel Wandou</b>	<b>3erjour Takhadé</b>	<b>4er jour Gouraye</b>
<u>Equipe3</u> Omar Banbado Kamara Bitty Mamadou SoW Dia Ousmane	Communauté femmes  Communauté hommes	Autorités /notables  Traditherapeutes	Accompagnants MAS  Agents de santé  RC	Personnel ACF  Autorités sanitaires  Autres ONG partenaires MAM
<b>Date et village</b>	<b>1er jour Lahraj</b>	<b>2er jour Ould yengé</b>	<b>3er jour Mesgoul</b>	<b>4er jour o/Bonny Débaye</b>

<u>Equipe4</u> Aliou Diallo Harouna Salif Soumaré Aboubacri Moussa Sow	Personnel ACF  Autorités sanitaires	Autres ONG partenaires MAM  Accompagnants MAS	Agents de santé  RC  Autorités /notables	Tradithérapeutes  Communauté femmes  Communauté hommes
---	---	--	--	--

## V. Résultats

### 5.1 Etape 1

Dans cette étape on expliquera en plus des résultats qualitatifs recueillis lors de l'investigation, d'autres résultats relatifs à l'analyse du suivi des recommandations du SQUEAC 2013.

#### 5.1.1 Analyse du suivi des recommandations du SQUEAC 2013

**Tableau 9 : Suivi des recommandations du SQUEAC 2013**

Recommandations Squeac 2013	Barrières en 2013	Suivi des recommandations (Mai 2013-Février 2014)
Renforcer la sensibilisation sur la malnutrition et la connaissance du programme	Méconnaissance malnutrition	<p>Fait : puisque ACF a triplé ses animateurs et augmenté les RC Les ATS organisent des séances de sensibilisation dans les CRENAS</p> <p>Plusieurs types de sensibilisation ont été introduits : VAD, Porte à porte pour le dépistage et la sensibilisation.</p> <p>Les messages Radio ont été améliorés rendu plus simple et courts.</p> <p>Mise en place au niveau du CRENI d'un téléviseur avec clé contenant des messages de sensibilisation</p>
Améliorer la coordination et la gestion de données d'ACF et avec la DRAS	Problèmes de communication-coordination à ACF (pas de réunions de coordination entre les différents volets de la nutrition à Guidimakha)	<p>Fait aussi : Il y'a des réunions intra ACF-E, des missions conjointes ACF-E et point focal DRAS, des missions conjointes mensuels et systématiques ACF-E et district(Moughata).</p> <p>Mise en place d'un responsable volet de chargé du renforcement des capacités de la DRAS.</p> <p>Des formations ont été organisées aux gestionnaires des stock et par conséquent absence de rupture des plumpy- nut qui peut être aussi attribué à l'estimation du besoins et la demande d'approvisionnement qui se font à temps.</p> <p>Il y'a aussi la mise en place par</p>

		ACF-E d'un stock tampon qui varie de 200 à 100 cartons de plumpy-nut. En plus ACF-E a mis en place des fiches de stock qui sont actualisées à chaque journée de CRENAS
Mise en place de mesures pour réduire l'impact de la distance et l'encavage	Distance (problème de transport)	C'est une barrière qui existe toujours mais il y'a eu des efforts pour la réduire : - Distribution des rations de plumpy -nut de 2 semaines - Formation des agents de santé communautaires - Don de 32 motos par la DRAS aux ICP pour faciliter leurs déplacements vers des zones enclavées. Organisation de stratégies avancées par la DRAS et les équipes des CRENAS
Renforcer le suivi des CRENAS	Soins des bénéficiaires, accueil et communication dans les PS/CS (peu de conseils et IEC aux accompagnants, etc.)	Le suivi a été amélioré : - Par les formations continues - Supervision formative, par la présence fréquente des ATS au niveau des structures sanitaires. - Les ATS sont plus présents et donnent plus de temps aux journées CRENAS. - Mission intégrée au niveau des structures sanitaires avec le DRAS lui-même (avec des instructions et des avertissements et un plan de suivi des instructions du DRAS.)
Renforcer le recours précoce au CRENAS/CRENI	Recours tardifs au PS/CS (recours précoce au tradi-thérapeute et absence de référence au PS/CS par le tradi-thérapeute)	A été amélioré par la sensibilisation au niveau communautaire par les animateurs et les relais communautaires
Continuer le suivi de la couverture et des recommandations	Faible qualité de la prise en charge	Fait : Une enquête sur le suivi des barrières est conduite du 20 Mars au 16 Avril avec une forte implication de la DRAS

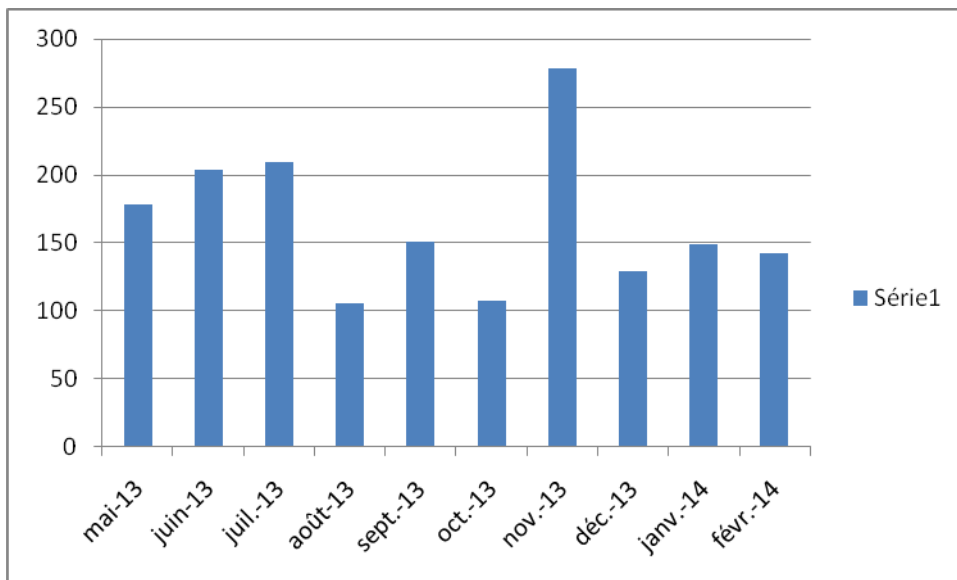


## 5.1.2 Analyse des données du programme nutrition ACF 2014

### A) Tendence des admissions et des abandons au cours du temps

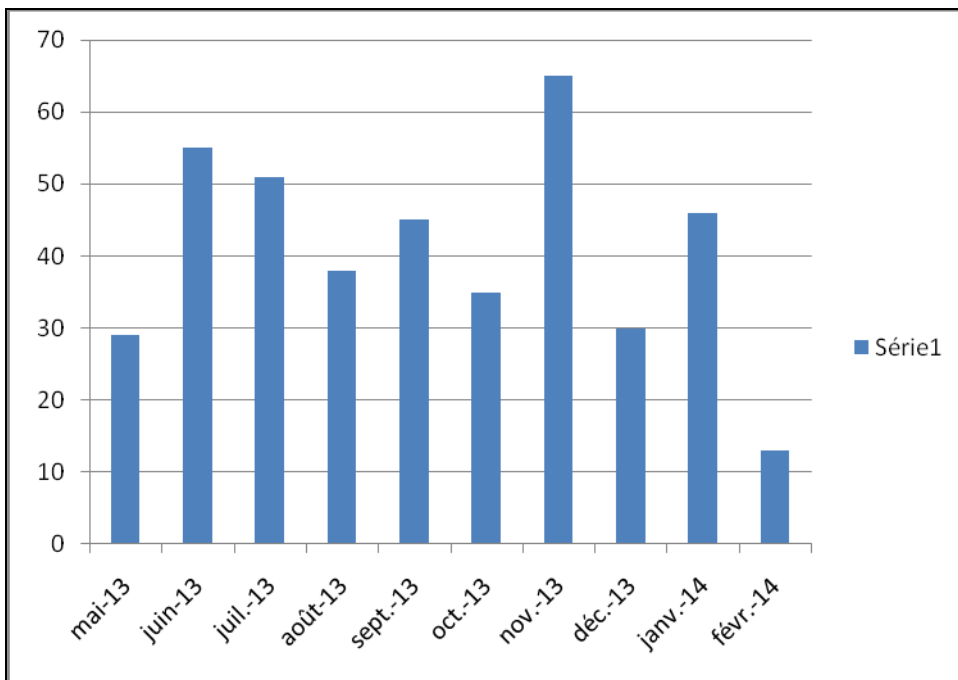
Depuis Mai 2013 au février 2014 après la dernière enquête de Squeac il y'a eu à l'admission 1654 enfants et 407 abandons dans les CRENAS de Guidimakha. Alors que l'année dernière à une même période de l'année d'ailleurs plus longue de 2 mois le nombre d'admission n'était que 1 223 enfants et 234 abandons : ce qui montre que la couverture des activités d'ACF-E en terme d'augmentation des RC qui passent de 202 à 279 commence a donné des résultats par l'augmentation du nombre d'admissions et la diminution du nombre de MAS non couverts. En plus le pic d'admissions correspond avec la date du dépistage réalisée en Novembre. Il y'a eu aussi une augmentation des admissions durant la période de soudure ( Mai –juin juillet).

**Figure 1 : Admissions au Guidimakha Mai 2013 au Février 2014**



Cette année il y'a pas eu de ruptures de ATPE, mais les abandons sont nombreux donc le fait de lier les abandons aux ruptures comme durant le Squeac de 2013 est pas du tout suffisant même si ces dernières constituent un facteur.

**Figure 2 : Abandons au Guidimakha Mai 2013 au Février 2014**

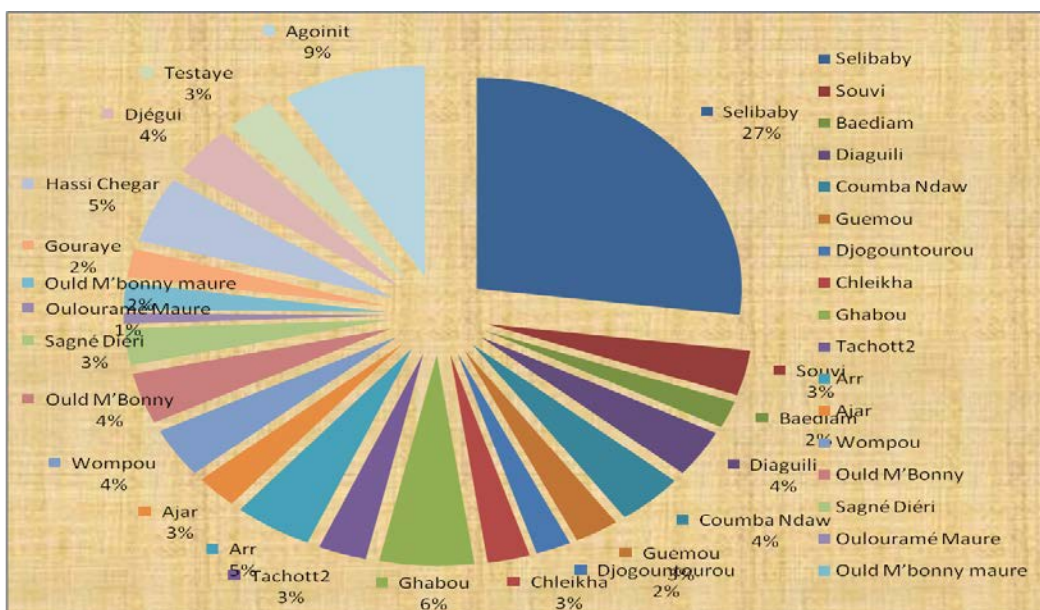


### B) Admissions dans les CRENAS

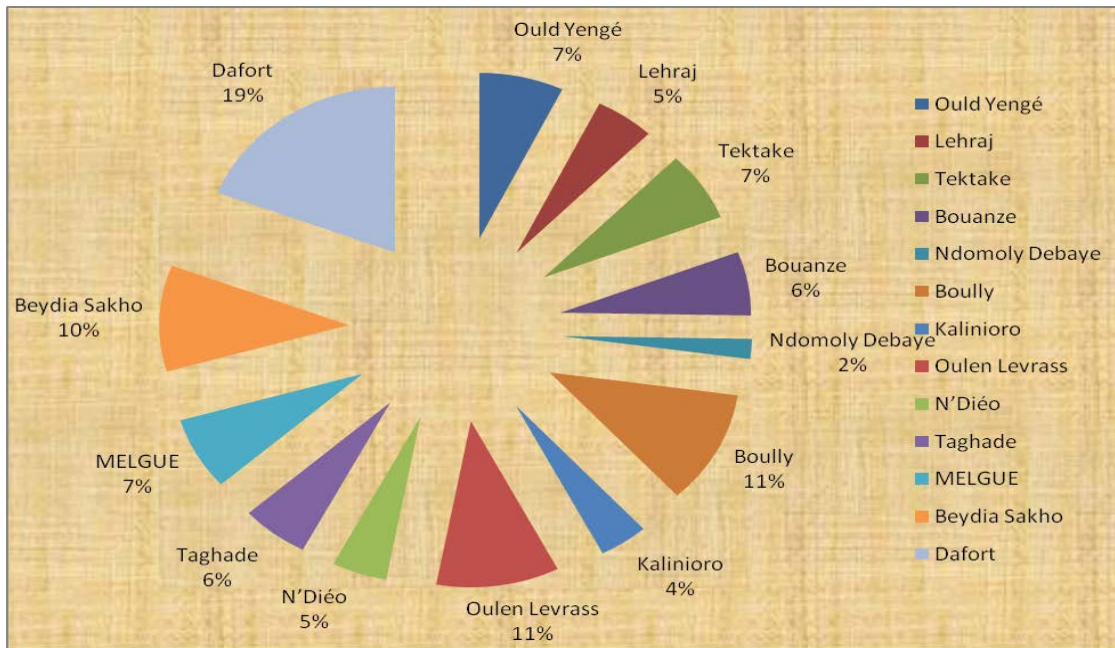
Les figures 3 et 4 représentent les admissions de 36 CRENAS des PS/CS des deux Moughataa de Ould Yengué et de Sélibabi qui sont appuyés par ACF. Tout récemment ACF commence à appuyer 2 nouveaux postes de santé. On constate que le CS de Sélibabi dépasse de loin les autres CRENAS en nombre d'admissions aussi bien pour l'année dernière que pour cette année. Cet état de fait doit mériter l'attention de la DRAS et du programme nutrition d'ACF-E. Pour la moughataa de Sélibabi le pourcentage des admissions tourne au tour de 3 % sauf pour le CS de Sélibabi qui est à 27 %.

Alors que pour la Moughataa de Ould Yengué les différences des admissions sont remarquables partant du CRENAS de Dafort avec 19%, Bolly et Oun Levras 11%, Beydiya Sagho 10% , Melgue et Tektaké 7%.Le CRENAS qui a le moins d'admission est kalignoro 2 % .

Figure 3 : Répartition des admissions dans 23 CRENAS de la Moughatata de selibabi



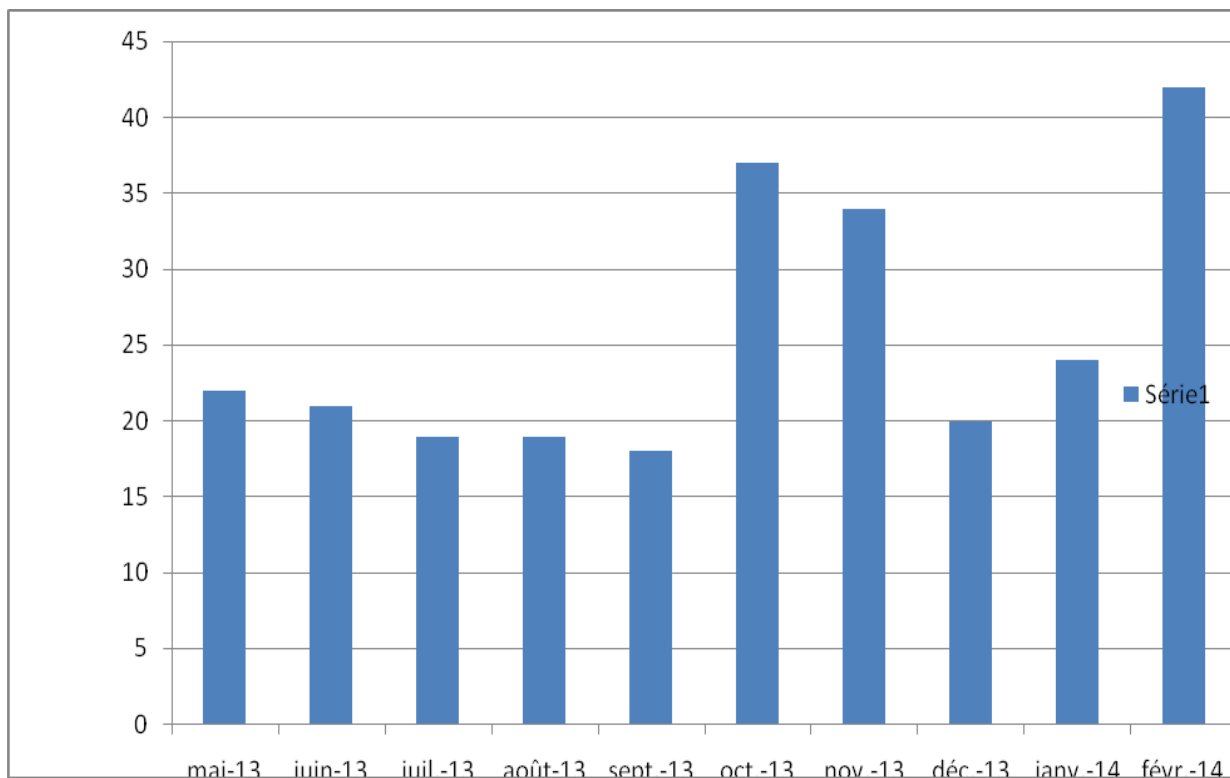
**Figure 4 : Répartition des admissions dans 13 CRENAS de la Moughatat de Ould yengé**



**C) Admissions dans les CRENI**

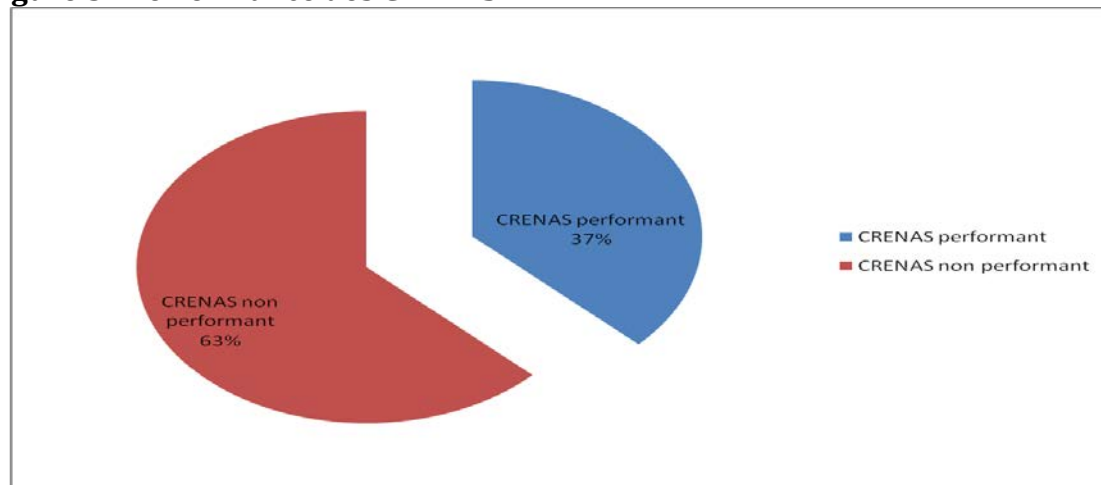
Dans cette période il y'a eu 409 admissions dans le CRENI de Sélibabi c'est un nombre relativement important. Donc on peut dire que la barrière recours tardif aux soins persiste toujours.

**Figure 5 : Répartition dans le tems des admissions au CRENI de Sélibabi**



## D) Performance des CRENAS

Figure 5 : Performance des CRENAS



Les CRENAS performant ne sont que 37 % des 36 CRENAS appuyé par ACF-E au niveau de Guidimakha : Il est important de redoubler les efforts pour arriver à augmenter le taux de guérison, diminuer les taux des abandons et réduire le taux de mortalité des enfants dans les CRENAS/CRENI de la Wilaya du Guidimakha. Si jusqu'à présent il y'a plus de 63% CRENAS dont le taux de guérison est inférieur à 75 %, il reste encore un grand travail à faire à ce niveau.

## E) Dépistages communautaires

Les RC et les animateurs d'ACF jouent un rôle important dans le dépistage et le référencement des enfants dans les structures de prise en charge de la malnutrition. Ce constat est sorti des entretiens lors de l'enquête qualitative mais aussi confirmé par le nombre élevé des admissions dans les CRENAS. Mais s'il y'a un nombre important des enfants référés qui ne sont pas admis cela prouve que le niveau de compréhension des relais est bas donc il y'a un problème de formation des relais ou d'identification.

Tableau 10 : Données dépistage Novembre 2014

Activité	Nombre d'enfants
Dépistés	22399
MAS	162
MAM	1448

### 5.1.3 Analyse des données qualitatives

Une enquête qualitative a été conduite dans plusieurs villages de la zone d'intervention d'ACF-E. Cette enquête a touché plusieurs sources (avec différentes ethnies) et utilisé plusieurs méthodes et les résultats après pondération (total barrières = 39 et total boosters = 53) ont permis de dégager les principales barrières et avantages à la couverture de la PCIMA au Guidimakha qui sont dans le tableau suivant :

Tableau 11 : Barrières et boosters<sup>9</sup> après l'analyse des informations qualitatives, région de Guidimakha, Mauritanie. Avril 2013

N	Barrières	Boosters
1	Problème de transport bénéficiaire (Véhicule rares et billet cher, enclavement des villages période hivernage)	Bonne coordination entre RC et ICP

2	Personnel santé débordé (manque RH)	Personnel santé applique le dépistage systématique (formé et recyclé plusieurs fois)
3	Relais communautaire(RC) mal informé (ne maîtrisant pas les critères d'admissions, les enfants qu'ils réfèrent sont rejetés par les agents de santé, revoir le niveau des RC lors de leur identification)	Dépistage actif réalisé (Personnels ACF et RC)
4		Absence d'abandons (MAS pris en charge dans les CRENAS)
5		Supervision ACF fréquente (beaucoup de temps au terrain)
6		Absence de rupture ATPE
7		Connaissance malnutrition (avec plusieurs terminologies)
8		Système référence appliqué (les structures de prise en charge reçoivent des enfants référés, il y'a un contrôle de l'arrivée des enfants référés)
9		Connaissance des causes de la malnutrition (liées à l'absence d'hygiène et de l'eau potable, la pauvreté et les maladies)
10		Appréciation du CRENAS (certains Tradithérapeutes réfèrent des MAS aux CRENAS)
11		Amélioration de l'état nutritionnel des enfants (avec une bonne qualité de prise en charge)

## 5.2 Etape 2

### 5.2.1 Recherche active des cas

Quatre équipes de 3 personnes constituées d'un superviseur et deux enquêteurs ont sillonné les mêmes 40 villages qui ont été sélectionnés pour la dernière l'enquête Squeac de 2013 pour la recherche active des cas de MAS.

Les résultats de cette enquête ont permis de constituer deux bases de données (BDD) :

- Une BDD contenant les statistiques du dépistage de la RAC, qui permet de filtrer tous les enfants MAS, les enfants couverts par le programme de PCIMA, les non couverts, les enfants couverts envoi de guérisons
- Une autre BDD constituée par les informations tirées du questionnaire pour les accompagnants des MAS couverts qui renseignent sur les connaissances de ces derniers par rapport au programme de la prise en charge de la malnutrition

**Tableau 12 : résumé RAC**

Enfants soupçons	enfant Couverts	MAS	MAS couverts	MAS non couverts	En voie de guérison	ayant ATPE	Ayant un carnet de santé pour PCIMA
51	42	17	10	7	37	42	9

### 5.2.2 Zone de couverture élevée et de couverture faible

Les communes où les enquêteurs ont rencontré plus d'enfants MAS non couverts sont par ordre : la commune de Souvi suivi de la commune de Tektaké et vient ensuite au même niveau la commune de Tachott et de Arr.

### 5.2.3 Justification de la non couverture de certains MAS

Parmi les 51 enfants dépistés durant la recherche active des cas, 7 sont MAS non couvert pour lesquels un questionnaire a été administré aux accompagnants et le résultat montre : 100% des accompagnants considèrent que leurs enfants sont malades dont environ 85% savent que leurs enfants souffrent de malnutrition.

En plus environs 70% des accompagnants savent que tels types de malade doit se soigner dans les CRENI/CRENAS.

A la question pourquoi ne vous faite pas consulter dans les structures que vous avez cité, environ 85% trouvent qu'ils manquent de temps et 15% supposent que ces structures sont loin.

Quant on cherche à savoir l'occupation de ces mères accompagnants qui les empêche, elles donnent une réponse qui signifie que les procédures d'admission sont longues et que 85 % pensent qu'il faut d'abord partir à l'hôpital avant de se faire transférer dans les CRENI/CRENAS.

Il s'est avéré aussi que c'est seulement 15 % de ces enfants qui ont bénéficié des services du CRENAS dans le passé.

## VI. Discussion

Cette année contrairement aux années précédentes, l'estimation en chiffre de la couverture n'a pas été réalisée, seul le suivi des barrières a été fait dans le cadre de cette enquête. Mais comme les barrières à suivre sont ceux du résultat du Squeac 2013, il a été pratiquement utilisé la même méthodologie à exception près pour l'estimation de la couverture qui n'a pas été fait. les mêmes villages ont été également touchés.

Le premier constat est que les activités mis en œuvre par la DRAS et ACF-E pour réduire les barrières d'accessibilité identifiés lors du dernier SQUEAC , ont permis d'avoir les résultats mentionnés dans le tableau ci-dessous. D'ailleurs la seule barrière de l'année dernière qui continue à subsister de façon considérable est celle liée à la distance.

Malgré l'ouverture d'une école de santé publique Guidimakha, le manque de RH subsiste toujours et fait que le débordement des prestataires continu à constituer une barrière à la PCIMA.

Nous n'avions pas l'objectif de retracer la courbe de couverture de Guidimakha 2014, mais nous avons constaté quelques MAS non couverts qui ont été rencontrés lors de la recherche active des cas. Mais le fait que plus de 84 % des cas de MAS rencontrés soient des nouvelles MAS (PB proche de 115 mm) est encourageant pour la couverture.

**Tableau 13 : suivi des recommandations du SQUEAC d'Avril 2013**

Recommandations	Actions
<b>1. Renforcer la sensibilisation sur la malnutrition et la connaissance du programme</b>	Renforcement des équipes d'animateurs et de relais communautaires formés pour sensibiliser les communautés sur la Malnutrition Organisation d'activités de sensibilisation (causeries, théâtres, etc.) au niveau des villages d'intervention du projet Réalisation de panneaux de sensibilisation sur la malnutrition Participation aux réunions de coordination sur la nutrition au niveau de la région
<b>2. Améliorer la coordination et la gestion de données d'ACF et avec la DRAS</b>	Mise en place d'un Responsable de volet renforcement des capacités pour la DRAS pour appuyer la DRAS dans la collecte et l'analyse des données du SNIS - Organisation de rencontres périodiques avec la DRAS pour échanger sur les problèmes rencontrés au niveau de la PECMA dans la région. - Supervision conjointe avec la DRAS des CRENAS couverts par le projet. - Mise en place d'un stock de sécurité pour éviter les ruptures - Formation de l'ensemble des agents de santé au niveau des 36 CRENAS sur la PECMA avec l'appui de la DRAS - Appui à la DRAS pour la collecte et la remontée des données sur la nutrition pour le SNIS
<b>3. Mise en place de mesure pour réduire l'impact de la distance et L'enclavement</b>	le problème lié à la distance (problème de transport) et de l'enclavement pendant l'hivernage n'a pas encore été résolu
<b>3. Renforcer le suivi des CRENAS</b>	Formation et sensibilisation des agents de santé sur l'importance d'une bonne communication et d'un bon accueil des bénéficiaires PS/CS (peu de conseils et IEC aux accompagnants, etc.) - Augmentation des supervisions conjointes avec la DRAS tous les deux mois - Formation des agents de santé sur le protocole de prise en charge
<b>5. Renforcer le recours précoce au CRENAS/CRENI</b>	Augmentation des séances de sensibilisation au niveau communautaire
<b>6. Continuer le suivi de la couverture et des recommandations</b>	suivi des recommandations pour réduire les barrières, réalisation d'une enquête suivi des barrières en Mars 2014

## VII. Recommandations

Un certain nombre de recommandations se dégage de cette étude visant l'amélioration du suivi des barrières et de la couverture.

**Tableau 14 : Recommandations de l'enquête suivi des barrières de Mars 2014**

Recommandations	Raisons
<p><b>Mise en place de mesures pour réduire l'impact de la distance et l'enclavement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Renforcer les stratégies avancées avec la DRAS</b></li> <li>- <b>Organiser des stratégies mobiles avec la DRAS pour augmenter la couverture</b></li> </ul>	<p>Il y'a des cas de MAS qui ne peuvent pas venir se faire consulter au niveau des centres de santé à cause de la distance qui les sépare de la structure de prise en charge de la malnutrition.</p> <p>Certains bénéficiaires trouvent que les moyens de transports sont inexistants pour certaines localités ou trouvent que les frais de transport sont trop élevés.</p> <p>Les motos que les ICP ont reçues tout récemment ne suffisent pas car la DRAS a du mal à les approvisionner en carburant</p>
<p><b>Réduire le manque de ressources humaines dans les structures de prise en charge de la malnutrition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Plaidoyer au niveau du MS pour le recrutement de plus de RH</b></li> <li>- <b>Motiver le personnel soignant qui choisit d'aller travailler dans les zones éloignées ;</b></li> </ul>	<p>Il est fréquent de trouver un seul ICP dans les Postes de santé.</p> <p>Certains ICP ne sont pas très motivés pour assurer la prise en charge de la malnutrition vue la gratuité des services pour ce programme.</p> <p>Absentéisme de certains ICP au niveau des centres de santé pendant les jours CRENAS</p>
<p><b>Renforcer les compétences des relais communautaires sur la malnutrition et les techniques d'IEC/CCC</b></p>	<p>les relais sont des personnes identifiées par la communauté mais il est important de plaider auprès de cette communauté pour choisir des RC qui savent lire et écrire.</p>
<p><b>Renforcer l'appui à la DRAS pour avoir des données à jour au niveau du SNIS</b>  <b>Appuyer les ICP au remplissage correcte des outils de suivi (registres, fiche de suivi individuel, etc.)</b></p>	<p>Même si ACF-E a mis en place un Responsable de volet chargé du renforcement des capacités au niveau de la DRAS, des efforts sont encore à faire pour appuyer la DRAS à la collecte des données au niveau des centres de santé, sensibiliser et suivre d'avantage le remplissage correcte des outils de suivi et de reporting, de compiler et d'assurer la promptitude des données du SNIS</p>



# **Annexes**

ANNEXE 1

# **TERMES DE REFERENCE**

---

**ENQUETE SUR LE SUIVI DES BARRIERES A L'ACCES AUX SOINS EN  
MATIERE DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE DANS  
LA REGION DE SELIBABI**

Février 2014

## 1. CONTEXTE DE L'ENQUETE

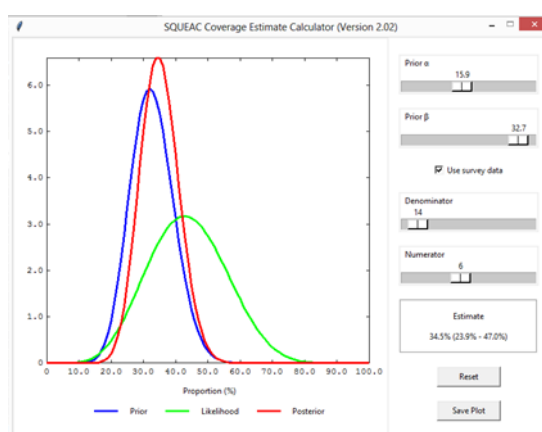
La Wilaya du Guidimakha est située à l'extrême sud de la Mauritanie, à la frontière du Mali et du Sénégal. La région, qui représente seulement 10 300 km<sup>2</sup> (1% du territoire national), possède une population de 241 822 habitants (estimée en 2013 - UNICEF), ce qui représente une densité de 20 habitant/km<sup>2</sup>. La population est composée des communautés Soninké, Peul et Maure. Le Guidimakha est administrativement structuré en deux départements : la *Moughatas* de Sélibabi, avec 11 communes, et celle d'Ould Yengué, avec 7 communes. La région regorge d'importantes ressources agro-sylvo-pastorales et attire de nombreux agriculteurs et éleveurs.

La prévalence de la malnutrition au niveau national obtenue lors de l'enquête SMART de Décembre 2013, indique un taux de malnutrition aiguë globale de 6,0%. Ce taux confirme les tendances observées lors des dernières enquêtes nutritionnelles réalisées à la période post récolte et qui se situent entre 5,6 à 8,5% au niveau national. Dans la région de Guidimakha, le taux de MAG est de 9,3% et la MAS à 0,5% (source : enquête SMART Décembre 2013).

ACF-E intervient dans la région depuis 2009 dans le cadre de la prévention et la prise en charge de la malnutrition à travers une approche intégrée Sécurité Alimentaire, Eau- Assainissement-Hygiène et Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë. L'intervention dans le cadre de la malnutrition vise à assurer une prise en charge gratuite et de qualité à travers la réhabilitation basique et la dotation des centres et postes de santé et CRENAM, la formation du staff, le renforcement du système de supervision et des structures de la communauté pour assurer le dépistage, la référence et le suivi de la prise en charge.

Dans le cadre de ces interventions sur la prise en charge de la malnutrition, une enquête SQUEAC a été réalisée en Avril 2013. Les résultats de l'enquête au Guidimakha indiquent que la tendance de la couverture du programme ACF-E 2009-2012 était en amélioration et dans l'année 2013 la couverture a légèrement diminué malgré les efforts consentis par ACF-E notamment avec l'augmentation du nombre de structures de santé supportés depuis 2009 (de 15 à 35 nombre de communes (de 13 à 18). L'analyse recommande de l'enquête SQUEAC certains blocages identifiés requièrent encore du renforcement :

- Méconnaissance de la malnutrition en l'occurrence de la MAS
- Problèmes de coordination, de gestion données et des intrants avec la DRAS
- Problèmes de l'accessibilité géographique
- Problème dans la qualité de la prise en charge au niveau des CREN suivant les directives et recommandations du protocole national.
- Recours tardive au PS/CS



CS/PS) et le des montre que suivi et du

des

Dans le cadre de la mise en œuvre du « projet de renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë en Mauritanie » financé par ECHO, ACF-E prévoit de réaliser suite à l'enquête SQUEAC du mois d' Avril 2013, une enquête de suivi des barrières à l'accès aux soins à travers une étude descriptive à visée évaluative et analytique.

## **2. Objectifs et Résultats**

---

### **2.1. Objectif principal**

Evaluer les avancées dans le cadre de réponse aux principales barrières d'accès aux soins dans les aires de santé de 36 CREN de la zone d'intervention du projet.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

1. Apprécier l'évolution des indicateurs de performance des centres de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6-59 mois dans la zone d'intervention du projet de Mai 2013 à février 2014 ;
2. Apprécier l'évolution de la perception des communautés sur la malnutrition dans la zone d'intervention du projet;
3. Identifier les actions entreprises pour améliorer la couverture et l'accessibilité au regard des barrières identifiées au cours de la précédente SQUEAC et évaluer leurs effets ;
4. Déterminer les résultats obtenus en matière de réduction des barrières à l'accès aux soins dans la zone d'intervention du projet;
5. Identifier les points forts et les points à améliorer en matière de mise en œuvre des recommandations de l'enquête SQUEAC d'avril 2013 ;
6. Identifier les zones de couverture plus faible et les zones de couverture plus élevée
7. Réajuster les suggestions/recommandations formulées au cours de la précédente SQUEAC afin d'améliorer l'accessibilité et la couverture du service PCIMA ;

### **2.3 Les Résultats attendus :**

- ✓ L'évolution des indicateurs de performance des centres de prise en charge de la malnutrition est appréciée ;
- ✓ L'évolution de la perception des communautés sur la malnutrition est appréciée,
- ✓ Les actions entreprises pour l'amélioration de la couverture sont identifiées et leurs effets appréciés ;

- ✓ Les résultats en matière de réduction des barrières à l'accès aux soins déterminés,
- ✓ Les insuffisances et les difficultés à la mise en œuvre des recommandations de l'enquête SQUEAC identifiées
- ✓ Les zones de faibles et bonnes couvertures sont identifiées dans la zone d'intervention du projet;
- ✓ Les suggestions/recommandations d'améliorations formulées au cours de la précédente SQUEAC sont réajustées.

### **3. Méthodologie**

---

#### **3.1. Cadre de l'étude**

Cette enquête aura lieu dans les 18 communes de la zone d'intervention du projet. 36 CREN (35 CRENAS et 1 CRENI) sont appuyés par ACF-E dans le cadre de ce projet autour desquelles, les activités de prise en charge de la malnutrition aigüe sont régulièrement menées.

#### **3.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude semi-quantitative à visée évaluation et analytique.

Elle aura lieu vers la fin du mois de Mars 2014 jusqu'au début du mois d'Avril 2014.

#### **3.3. Méthode**

L'enquête se basera sur la méthodologie de la mise en œuvre de l'enquête SQUEAC réalisée en Avril 2013. Elle portera principalement sur les barrières majeures identifiées en matière d'accès aux soins.

Des revues documentaires et l'analyse des données compilées seront déterminantes dans le suivi des indicateurs du projet dont entre autre les admissions, la guérison, l'abandon. Une collecte et une analyse des données individuelles des bénéficiaires sera également réalisée afin d'approfondir l'analyse sur le fonctionnement du programme et de suivre les évolutions depuis la précédente SQUEAC (PB à l'admission, nombre de visites avant abandon, distribution de la durée de séjour des guéris...). Des données complémentaires seront collectées au besoin (suivi des ruptures de stock, données de morbidité...).

Un échantillonnage aléatoire sera réalisé permettant ainsi de déterminer les éléments soumis à l'étude dans la zone d'intervention.

### 3.4. Technique

Un guide d'entretien et une grille d'évaluation seront préparés par le responsable principal de l'étude (consultant). La collecte des données sera assurée par une équipe mise en place à cet effet et préalablement formée. Les données seront ainsi saisies, traitées et analysées par le responsable principal de l'étude avec l'appui technique du chef de projet et du responsable national nutrition sous la supervision du référent technique du siège d'ACF-E à Madrid. Une restitution préliminaire sera faite à la base de Sélibabi avant la rédaction du rapport final.

### 4. La logistique

Toute la logistique nécessaire sera prévue et sera mis à la disposition de d'équipe ainsi que tous les moyens matériels nécessaires à la bonne réalisation de cette enquête.

### 5. Chronogramme et Budget

Chronogramme	mars-14														avr-14													
	S1							S2							S3						S4							
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
briefing consultant à NKC	■																											
voyage sur Sélibabi		■																										
briefing consultant par équipe Sélibabi				■																								
Formation Sélibabi					■	■																						
Mission terrain							■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Débrief Sélibabi et vérification de la complétude des données collectées															■													
retour sur NKC , analyse des données et élaboration du rapport préliminaire																■	■	■	■	■	■							
transmission rapport préliminaire pour validation																						■	■	■	■	■		
Prise en compte des remarques et transmission rapport final																									■	■		

Annexe 2 : Formulaire Fiche de collecte des données

Squeac : Fiche de collecte des données

Région sanitaire-----

District Sanitaire-----

PS/CS-----Village -----

Equipe-----

Date-----

Nom et prenom de l'enfant	Age ( Mois)	PB(Mesuré en mm)	Oedeme(+, ++,+++)	Cas MAS	Enfant MAS couvert	Enfant MAS non couvert	Enfant voie guérison	En de	Vérification	
									Carnet /ATPE : /Non	sante Oui
<b>Total</b>										

## Annexe 3 : Questionnaire pour les accompagnants des enfants MAS non couverts

### 1A. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALADE?

- SI OUI, DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT? \_\_\_\_\_ NON

### 1. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNUTRI?

- OUI  NON ➡ **STOP!**

### 2. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ OÙ ON PEUT SOIGNER/ QUI PEUT AIDER LES ENFANTS MALNUTRIS?

- SI OUI, QUEL EST LE NOM DU SERVICE? \_\_\_\_\_ SI NON, **STOP!**  
 ➡

### 3. POURQUOI N'AVEZ VOUS PAS AMENÉ VOTRE ENFANT EN CONSULTATION POUR BÉNÉFICIER DE CE SERVICE?

1. Trop loin ➡ Quelle distance à parcourir à pied? \_\_\_\_\_ Combien d'heures? \_\_\_\_\_  
 2. Je n'ai pas de temps/trop occupé(e)  
➡ Spécifier l'activité qui occupe l'accompagnant/ parents dans cette période \_\_\_\_\_  
 3. L'accompagnant/parent est malade  
 4. L'accompagnant/parent ne peut pas voyager avec plus d'un enfant  
 5. L'accompagnant/parent a honte d'atteindre le programme  
 6. Problèmes de sécurité  
 7. Personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants  
 8. La quantité de Plumpy Nut donnée est trop petite pour justifier le déplacement  
 9. L'enfant a été rejeté auparavant. ➡ **Quand?** (période approximative) \_\_\_\_\_  
 10. L'enfant d'autres personnes a été rejeté  
 11. Mon mari a refusé  
 12. Je croyais qu'il fallait être admis à l'hôpital en premier  
 13. L'accompagnant/parent ne croit pas que le programme peut aider l'enfant (elle/il préfère la médecine traditionnelle, etc.)  
 14. Autres raisons: \_\_\_\_\_

### 4. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE LA PCA MAS AU CSPS ou CREN?

- OUI  NON (➡ **STOP!**)

Si oui, pourquoi n'est-il plus inscrit présentement?

- Abandon, quand? \_\_\_\_\_ **Pourquoi?** \_\_\_\_\_  
 Guéris et déchargé **Quand?** ➡ \_\_\_\_\_  
 Déchargé car pas de guérison ➡ **Quand?** \_\_\_\_\_  
 Autres: \_\_\_\_\_ (Remercier le parent)



## Annexe 4 : Terminologie Malnutrition

Code	Terminologie	Malnutrition	Langue
1	Pouyguel	Kwasiorkor(KWK)	Pular et Maure
2	Niawleki	Mararsme	Poular
3	Niawlebi	Marasme	Poular
4	Thioudinowo	Malnutrition	Poular
5	Yardé	Microbe qui cause la malnutrition	Poular
6	Nianinté	Malnutrition	Soninké
7	Joua	Malnutrition	Maure
8	Mkallab	Malnutrition	Maure
9	Mesroua	Malnutrition	Maure
10	Metworem	KWK	Maure
11	Souataghyiye	Malnutrition	Maure
12	Naghiss	Malnutrition	Maure
13	Mebgour	Malnutrition	Maure
14	Daiv	Malnutrition	Maure
15	Falanghaté	KWK	Soninké

## Annexe 5 : Terminologie Plumpy – Nut

Code	Terminologie	Plumpy – Nut	Langue
1	Chocola	Pumpy nut	Pular et Maure
2	Tiguedegué	Pumpy nut	Poular
3	Biscuite Lemkhayle	Pumpy nut	Maure

**Annexe 5 : Barrières, Boosters et Questions pondérée. Région de Guidimakha, Mauritanie. Avril 2013**

Poi nts	Barrières	Sourc e	Métho de	Ethni e	Poi nts	Boosters	Sourc e	Métho de	Ethnie
5	1 Problème de transport bénéficiaire (Véhicule rares et billet cher, enclavement des village période hivernage)	9, 8,5,7 3	B	o, s,y	4	Bonne coordination entre RC et ICP	9,8,6, 7	B	o,s,E,y
1	2 Absence de supervision DRAS pour la Malnutrition	9	B	o	4	Personnel santé applique le dépistage systématique (formé et recyclé plusieurs fois)	9,8,2, 6	A, B	O,s,E
3	3 Personnel santé débordé (manque RH)	9,6,8	B	O,y	5	Dépistage actif réalisé (Personnels ACF et RC)	9,2,1 ,5,3,6 ,7	A,B,D	O,E, s
1	4 Mauvaise accueil personnel santé	8	B	s	5	Absence d'abandons (MAS pris en charge dans les CRENAS)	9,8,1, 10,3, 7,5,6	B	O,s
2	5 Ignorance des bénéficiaires	8, 1,6	A,B	s	4	Supervision ACF fréquente (beaucoup de temps au terrain)	9,8,3, 6	B	O,s
3, (0)	6 Méconnaissance Malnutrition	1,4,5	A,B	s, o	3	Absence de rupture ATPE	9,5,6	B,C	O,s
1	7 Existence PS non fonctionnel (construit par les villageois eux même)	1	A	s	1	Amélioration du taux de guérison	8	B	s
2	8 Inexistence de RC dans certains villages ou existence de RC non actif et sans outils.	1,8,3	A,B	E,s	4( 1 )	Connaissance malnutrition ( avec plusieurs terminologies )	2,3,6, 1	A, b	s,E,o
3	9 Relais communautaire(R C) mal formé (ne maitrisant pas les critères d'admissions, les enfants qu'ils réfèrent son rejetés par les agents de santé,	9,7,6	B	o,s,E	5	Système référence appliqué ( les structures de prise en charge reçoivent des enfants référés , il y'a un contrôle de l'arriver des	1, 2, 4,9,6 ,7,10	A, B	E,o,s

		revoir le niveau des RC lors de leur identification)					enfants référés)			
2	10	Absence de coordination quelques fois entre RC et Infirmiers chef de poste(ICP)	9,7	B	o,s	3	<b>Connaissance des causes de la malnutrition</b> (liées à l'absence d'hygiènes et de l'eau potable, la pauvreté et les maladies)	1,3,8	A, B	E,s,o
2	11	Méconnaissance des service du CRENAS	4	B,D	o,E	1	<b>Bonne intégration nutrition et santé</b>	8	B	s
3 0	12	<b>Tradithérapeute confiant des résultats de ses soins pour les MAS (recourt au TT pour le traitement de la malnutrition surtout les village enclavés)</b>	4,3,1	B,D	o	1	<b>Sensibilisation des bénéficiaires au niveau des CRENAS</b>	5	B	o
1	13	RC non actif et sans outils	3	B	o	4 1	<b>Appréciation du CRENAS(certains Tradi thérapeutes réfèrent des MAS aux CRENAS)</b>	5,6,3,7,9	B,C,D	O,s,E
1	14	Absence de supervision ACF(Village de Mesgoul)	7	B	o	1	<b>Bon accueil personnel santé</b>	5	B	o
2	15	Absence de VAD	6,7	B	O ,E	2	<b>Amélioration de l'état nutritionnel des enfants( avec une bonne qualité de prise en charge)</b>	5,6	B,C	s
1	16	<b>Besoins de réhabilitation CRENAS</b>	6	B	o	1	<b>Bonne coordination</b> entre ONG gestionnaires MAM et ICP	10	B	s
2	17	Besoins de motivation (RC)	7,8	B	Y, o, E		<b>Supervision conjointe</b> PF Moughata , DRAS, ACF	6	B	s,E
1	18	Dépréciation ATPE (Inefficacité)	1	B	o	1	<b>RC formé et doter des outils</b>	7	B	s,E,o
1	19	Absence de Magasin de stockage des	9	B	s	1	<b>Sensibilisation réalisée</b> (RC et ACF	7	B	s,E,o

		ATPE								
1	20	Abandon	9	B	s	1	Dépistage +Sensibilisation+ Distribution ONG MAM	10	B	s
1	21	Chevreté de médicament	8	B	y	1	Bonne coordination entre autorité administratif et ACF	8	B	E
	22					1	Disponibilité des médicaments pour le traitement systématique	8	B	E