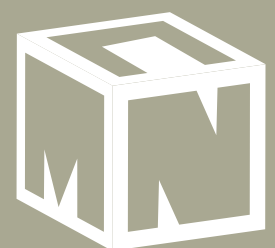

ACCÈS POUR TOUS

VOLUME 2:

Quels sont les facteurs qui influencent l'accès au traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère ?

CHLOE PUETT, SAMUEL HAUENSTEIN SWAN ET SAUL GUERRERO



COVERAGE MONITORING NETWORK

REMERCIEMENTS:

Plusieurs personnes méritent notre reconnaissance pour le soutien et le temps qu'elles ont consacré à la collecte des données primaires. De Concern, en Éthiopie et à Dublin : Kate Golden, Linda Horgan, Pankaj Kumar, Sosena Mellese, Lulseged Tolla et Charlotte Walford. Nous remercions en particulier Goitom Taddesse de Concern à Mekele pour sa précieuse assistance en matière de coordination des travaux sur le terrain ; et Mussie Alemayehu de l'Université de Mekele pour le dévouement qu'il a témoigné dans la traduction et la collecte des données. D'Action contre la Faim, au Pakistan et à New York : Cécile Basquin, Charmaine Brett, Shahid Fazal, Erin Hutchinson et Gaétan Pietquin. Nous adressons aussi tous nos remerciements au Dr Asia Khanum, à Bheru Lal, aux superviseurs des CNA et au personnel du programme à l'échelle des communautés qui ont pris le temps de nous aider dans le domaine de la coordination et de la traduction pendant la collecte des données au Pakistan.

Les auteurs tiennent également à remercier un certain nombre de personnes pour les remarques et contributions qu'elles ont apportées au cours du processus de révision : Carolina Ablá (IMC), Jose Luis Bliss (Cornell University), Issakha Diop (HKI), Maureen Gallagher (ACF), Ernest Guevarra (Valid International), Tanya Khara Latimore, Emily Keane (Save the Children), Emmanuel Mandalazi (Valid International), Allie Norris (Valid International), Beatriz Perez Bernabe (HKI), Silke Pietzsch (ACF), Ellie Rogers (CMN), Uwimana Sebinwa (ACF), Oscar Serrano (ACF), Morwenna Sullivan (ACF), Sophie Woodhead (CMN) et Inès Zuza (ACF).

CITATION PROPOSÉE:

Chloe Puett, Samuel Hauenstein et Saul Guerrero (2013) *Accès pour tous. Volume 2 : Quels sont les facteurs qui influencent l'accès au traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère?* (Coverage Monitoring Network, Londres, novembre 2013)

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ:

Le présent document a été publié grâce à l'aide financière de la Commission européenne. Les opinions exprimées dans la présente publication ne devraient en aucun cas être interprétées comme reflétant l'opinion officielle de la Commission européenne.

Les opinions des auteurs qui sont exprimées dans la présente publication ne reflètent pas forcément les opinions de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis d'Amérique.

Le Projet CMN est une initiative inter-agence qui vise à améliorer les programmes de nutrition par le biais de la promotion d'outils de qualité pour l'évaluation de la couverture, du renforcement des capacités et du partage d'informations.



Save the Children

CONCERN
worldwide



AVEC LE SOUTIEN DE:

AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE:



Le Volume 2 de la série intitulée Accès pour tous vise à contribuer à l'ensemble de preuves qui émergent au sujet des barrières entravant les services de traitement de la MAS en offrant des éclairages et en partageant des expériences liés aux principaux barrières rencontrés au niveau communautaire. Pour ce faire, plusieurs analyses ont été effectuées. Tout d'abord, ce volume a examiné plus de 40 évaluations de la couverture réalisées par le Coverage Monitoring Network (CMN) dans plus de 20 pays pour identifier les barrières courants à l'accès et pour comprendre comment ceux-ci varient en fonction des programmes et des contextes. Ensuite, la littérature scientifique relative à la santé publique a été passée en revue afin de déterminer si ces barrières étaient uniques aux services de traitement de la MAS. Enfin, le présent volume a intégré les constatations de trois études de cas de pays réalisées en Éthiopie, au Kenya et au Pakistan, conçues pour fournir des données qualitatives complémentaires et des analyses sur l'accès au traitement communautaire de la MAS, et donnant un point de vue humain sur les barrières et sur leur effet sur la vie de ceux qui cherchent à bénéficier de soins.

D'après l'analyse des évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN (n=44), les cinq barrières à l'accès les plus fréquemment cités sur l'ensemble des interventions sont les suivants:

- 1. Le manque de connaissances sur la malnutrition**
- 2. Le manque de connaissances sur le programme**
- 3. Des coûts d'opportunité élevés**
- 4. L'éloignement du site**
- 5. Un rejet précédent.**

Sans exception, il a été constaté que ces barrières avaient également influencé d'autres programmes de santé publique. Les constatations des trois études de cas de pays ont décrit les programmes et les expériences des bénéficiaires à l'aide des cinq principaux barrières identifiés par les évaluations de la couverture. Dans une certaine mesure, ces expériences ont différé en fonction du programme et du contexte culturel, ce qui suggère que si les barrières sont communs à tous les programmes, leurs causes ne sont pas seulement propres au contexte mais qu'elles dépendent aussi des ménages et des communautés. Les constatations indiquent que certains des barrières à l'accès les plus importants sont liés à la mise à l'échelle des services de traitement de la MAS. Il s'agit notamment d'un manque de connaissances imputable en grande partie à des efforts de sensibilisation limités et de coûts d'opportunité élevés en raison de la distance qui sépare les services des communautés (même lorsque ces services sont décentralisés et intégrés dans le système de santé existant).

LE VOLUME TROIS analysera plus en détail les implications de ces constatations sur la façon dont les services de traitement de la MAS sont dispensés, en se fondant sur les expériences menées par d'autres interventions de santé publique pour surmonter des barrières similaires.

4 Contexte

Le premier volume de cette série a examiné la question de savoir si le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère (MAS) mis à l'échelle pouvait satisfaire aux besoins mondiaux. Pour répondre à cette question, la performance (en termes de résultats cliniques, de couverture et de rapport coût-efficacité) du traitement communautaire de la MAS de 2000 à 2013 a été examinée. Se fondant sur cette analyse, le rapport a conclu que:

1 *Les cas de MAS admis au sein des services de soins aujourd'hui sont susceptibles d'être soignés avec autant de succès qu'il y a dix ans.*

2 *Malgré le fait qu'ils dépendent de facteurs opérationnels propres au contexte, les services de traitement communautaire de la MAS dispensés par les ministères de la Santé continuent d'être des interventions rentables.*

3 *La capacité des services de soins à répondre aux besoins mondiaux en termes de MAS dépend de l'amélioration significative et systématique de la couverture.*

Mais comment la couverture des services de traitement communautaire de la MAS peut-elle être améliorée? De façon générale, l'amélioration de la couverture nécessite une amélioration de la disponibilité des services (c.-à-d. une hausse du nombre d'établissements de santé qui dispensent des services de traitement de la MAS). (1) La mise à disposition de ces services

de soins ne signifie cependant pas la même chose que le fait de les rendre accessibles à ceux qui en ont besoin. Le nombre élevé d'échecs de la couverture (< 50 %) signalés par les services de soins au cours de ces dernières années (et détaillés dans le Volume 1) suggère que pour véritablement optimiser la proportion des patients touchés par la MAS qui bénéficient d'un traitement, les services doivent être à la fois disponibles et accessibles. Et, pour ce faire, il est impératif d'identifier, d'analyser et de comprendre les barrières qui déterminent l'accès à ces services. Ce type d'analyse de la couverture pour les services de santé dans leur ensemble n'est pas nouveau (2-5), bien que les recherches axées tout particulièrement sur le traitement de la MAS soient en nombre limité (6,7).

Le Volume 2 de cette série vise à contribuer à l'ensemble de preuves qui émergent au sujet des barrières aux services de traitement de la MAS en offrant des éclairages et en partageant des expériences liées aux barrières les plus couramment rencontrés au niveau communautaire. À cette fin, ce volume examine plus de 44 évaluations de la couverture en provenance de plus de 21 pays pour identifier les barrières communs à l'accès et pour comprendre comment ceux-ci diffèrent en fonction des programmes et des contextes. Ce volume s'appuie également sur les constatations de trois études de cas de pays conçues pour fournir des données qualitatives complémentaires et des analyses sur l'accès au traitement communautaire de la MAS, et donnant un point de vue humain sur la nature de ces barrières et sur leur effet sur la vie de ceux qui cherchent à bénéficier de soins.

Depuis 2012, le Coverage Monitoring Network (CMN) évalue la couverture des services de traitement communautaire de la MAS à travers le monde. Entre le mois de juillet 2012 et le mois de juin 2013, 49 évaluations de la couverture ont été menées avec le soutien du CMN dans 21 pays, soit approximativement dans un tiers des pays mettant en oeuvre des services de traitement communautaire de la MAS à l'heure actuelle. (1) Parmi les évaluations analysées (n=44), 84 % ont été menées en Afrique¹, alors que les 16 % restant ont été conduites en dehors d'Afrique (voir l'Annexe I). Les évaluations de la couverture ont principalement (79,5 %) porté sur les services intégrés par les ministères de la Santé (avec un degré de soutien variable de la part d'ONG), les 20,5 % restant ayant été menées au sein de programmes mis en oeuvre par des ONG. Dans le cadre de ces évaluations, il a été demandé aux accompagnants d'enfants atteints de MAS qui n'étaient pas inscrits dans un programme de soins les raisons de leur non-présentation au programme. Les cinq premiers barrières² enregistrés par chaque évaluation ont été inclus dans les rapports d'évaluation de la couverture et la liste compilée à partir de l'ensemble des évaluations a été analysée. Des analyses ont été menées sur l'ensemble des évaluations combinées (afin de préparer une liste globale des barrières communément cités) et selon le type d'acteur responsable de la mise en oeuvre (ONG ou ministère de la Santé), la performance en termes de couverture (supérieure ou inférieure à 50 %) et le contexte de mise en oeuvre des programmes (milieu urbain, rural ou camps). Ce processus a permis d'identifier les barrières les plus communs, mais des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour mieux comprendre les barrières eux-mêmes. Pour ce faire, le CMN a rassemblé les constatations de trois études de cas.

Deux de ces études de cas étaient axées sur des interventions de traitement communautaire de la MAS ; un programme mis en oeuvre par une ONG dans les districts de Tando Mohammed Khan et de Badin (dans la province de Sindh), au Pakistan, et un service intégré par le ministère de la Santé dans la région du Tigré en Éthiopie.

Ces interventions ont été sélectionnées pour tout un ensemble de raisons. Premièrement et avant tout, elles représentent les deux périodes distinctes du développement du traitement de la MAS (telles qu'énoncées dans le Volume 1) : un programme communautaire mis en oeuvre par une ONG et un programme dans le cadre duquel les services de traitement de la MAS étaient intégrés dans d'autres services sanitaires existants par le ministère de la Santé. Ces interventions sont également représentatives de deux régions géographiques différentes (Afrique et Asie), avec leurs propres perspectives culturelles distinctes. Ces

deux interventions étaient considérées comme « couronnées de succès », soit en raison des résultats des enquêtes de couverture récemment menées ou de l'excellente intégration des services de soins dans le système de santé. En utilisant ces critères pour sélectionner des programmes qui enregistraient de bons résultats, l'objectif consistait à évaluer les barrières qui continuent de surgir, même au sein d'un environnement programmatique fonctionnant bien. La même analyse a été menée pour ces deux interventions, à l'aide de méthodes qualitatives visant à évaluer les perspectives communautaires quant aux facteurs favorisant et empêchant l'accès³. Afin d'obtenir différents points de vue sur les barrières à l'accès aux services, des discussions de groupes et des entretiens semi-structurés ont été organisés auprès d'un éventail de groupes de parties prenantes, y compris de leaders communautaires, de prestataires de soins et de bénéficiaires des programmes. L'accent a été mis en particulier sur l'identification des accompagnants d'enfants qui avaient cessé de participer au programme ou qui avaient abandonné, afin de mieux comprendre les barrières qui entravent en fin de compte la participation à un programme, dans différents contextes programmatiques. Ces ménages étaient originaires de zones couvertes par un programme et intentionnellement sélectionnées en raison de leur environnement programmatique favorable ou difficile (voir l'Annexe II pour plus de renseignements concernant la méthodologie employée au Pakistan et en Éthiopie).

La troisième étude de cas s'est penchée sur une intervention de traitement communautaire de la MAS menée dans le Pokot occidental, au Kenya. Les services de traitement de la MAS intégrés par le ministère de la Santé couvrent l'ensemble du territoire kenyan, y compris les prairies semi-arides et les zones montagneuses, où les précipitations annuelles élevées contribuent à créer un ensemble complexe d'obstacles à l'accès aux services. Les travaux sur le terrain se sont concentrés sur une petite zone aux alentours de Singor, la capitale administrative. Cette zone a été choisie pour son emplacement entre les systèmes de subsistance des hautes terres et des plaines. L'étude, menée comme un prolongement d'une évaluation de la couverture, portait à la fois sur les bénéficiaires passés et présents ainsi que sur les bénéficiaires ayant abandonné le traitement, et s'appuyait principalement sur des discussions de groupes volontaires et auto-sélectionnés (désagrégés par sexe). Chaque groupe de discussion a été formé selon une composition similaire ; les groupes de femmes étaient composés d'accompagnantes de nouveaux ou d'anciens patients touchés par la MAS, alors que les groupes masculins étaient sélectionnés en raison de leur lien avec la composante sensibilisation « d'homme à homme » du projet d'information nutritionnelle⁴. Les données ont été re-

¹Comme défini par l'Organisation mondiale de la Santé. Ces évaluations ont été menées au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Nigeria, au Rwanda, au Sénégal et au Soudan du Sud.

²Bien que certaines des conclusions puissent également s'appliquer au traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM), l'analyse des barrières au traitement ou aux services de prévention de la MAM ne faisait pas l'objet de la présente étude.

³Étant donné que la préférence a été accordée aux abandons dans les échantil-

lons sélectionnés, les constatations ne représentent pas les problèmes auxquels l'ensemble des participants sont confrontés dans le cadre de chaque programme, et les constatations négatives ne ternissent pas l'image des programmes sélectionnés qui enregistrent de bons résultats. Les difficultés soulignées dans ce rapport représentent plutôt les ménages qui se sont heurtés à des barrières, souvent au sein d'environnements programmatiques très difficiles, y compris des zones géographiquement inaccessibles.

6 Méthodes

cueillies à l'aide d'outils d'évaluation rurale participative (ERP), y compris un calendrier saisonnier, la cartographie imaginaire future et le classement préférentiel (au moyen de paires et de la périodisation forcée). Les résultats ont été recoupés avec le personnel du ministère de la Santé et de l'ONG. Enfin, un examen plus large de la littérature scientifique a été mené pour étudier les barrières à l'accès qui affectent d'autres interventions de santé publique dans des environnements dotés de ressources limitées.

Cet examen de la littérature scientifique a identifié des barrières à l'accès aux services de prévention et de soins dans les domaines d'intervention de santé publique suivants : paludisme, VIH, tuberculose, vitamine A, déparasitage, vaccinations, planning familial, santé maternelle et pneumonie, en mettant en particulier l'accent sur les synergies avec les barrières à l'accès au traitement de la MAS. Les conclusions de cet examen de la littérature scientifique sont présentées dans les Volumes 2 et 3 de cette série.

ENCADRÉ 1

» Aperçu des études de cas sur les services de soins

PAKISTAN

Le projet a été mis en oeuvre par Action contre la Faim et disposait de Centres nutritionnels ambulatoires (CNA) dans 11 Union Councils⁵ (UC) sur les 16 qui comptent les districts de Tando Mohammed Khan et de Badin. Dans le cadre de ce projet, tant la MAS que la malnutrition aiguë modérée (MAM) étaient prises en charge, mais la présente analyse ne se penche que sur les services de traitement de la MAS. Le personnel du programme fournit des services hebdomadaires dans les CNA, alors que les bénévoles communautaires en nutrition (*Community Nutrition Volunteers, CNV*) aident au dépistage et à la sensibilisation des communautés et assurent le suivi des absences. Chaque bénévole est affecté à une zone de desserte qui comprend environ 5 villages se trouvant entre 5 et 10 km de leur domicile. Chaque CNA dispense des services depuis un site principal et deux sites satellites. Les sites satellites ont été choisis en fonction des emplacements où vivent la plupart des bénéficiaires afin que les services soient dispensés au plus près de la communauté. Une évaluation de la couverture menée au mois de février 2013 dans toute la zone du projet (11 UC sur 16) a estimé que 62,6 % des cas de MAS étaient couverts (8).⁶

ÉTHIOPIE

Les services étaient dispensés par le ministère de la Santé, qui bénéficiait d'un degré variable de soutien de la part de Concern Worldwide (de la formation simple à une implication plus importante en termes de personnel, de fournitures et de logistique, en passant par la préparation de rapports et la supervision) dans différents *woredas*⁷. Le projet de Concern Worldwide était financé par la Banque mondiale et par le Fonds de développement social du Japon. Les services étaient dispensés dans des postes de santé qui se trouvaient au plus près des communautés et qui fournissaient des services sanitaires de base, ainsi que dans des centres de santé à l'échelle des districts. Le programme était mis en oeuvre au sein des services de santé nationaux, dispensés par deux niveaux d'agents de santé communautaire. Les agents d'extension sanitaire (*Health Extension Workers, HEW*) sont des salariés officiels qui relèvent du système de santé. Ils fournissent des soins pour la MAS dans le cadre d'un programme d'extension des services sanitaires qui s'articule en 16 ensembles sur des sujets comme l'hygiène, la santé familiale, la prévention et le contrôle des maladies ou encore l'éducation à la santé. La *Women's Development Army (WDA)* est une équipe de bénévoles issues de la communauté qui participent aux activités de sensibilisation et de mobilisation des communautés et qui assurent également le suivi des patients qui abandonnent le traitement au sein de 30 ménages de leurs villages.

KENYA

Les services étaient dispensés par le ministère de la Santé, soutenu dans cette tâche par Action contre la Faim (programme financé par ECHO et l'UNICEF). Le comté de Pokot se trouve dans la province de la vallée du Rift et est délimité au nord, à l'est et à l'ouest par les régions arides et semi-arides de Karamojo et de Turkana. Le programme financé par ECHO et baptisé « *Capacity Building for Emergency Nutrition Response in Northern Rift Valley Province* » [Renforcement des capacités pour une intervention nutritionnelle d'urgence dans la partie nord de la province de la vallée du Rift] est axé sur le renforcement des capacités en faveur d'une intervention nutritionnelle d'urgence. Il cible les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes. De concert avec l'équipe de gestion sanitaire du district, Action contre la Faim travaille sur le renforcement des capacités des services de santé locaux à dispenser le traitement de la MAS dans tous les établissements de santé. Dans le cadre de l'ensemble des interventions mises en oeuvre, ACF soutient les activités des communautés, y compris dans la création et le renforcement de groupes entièrement masculins ou féminins chargés de sensibiliser les communautés aux services de soins. Une évaluation de la couverture menée au mois de septembre 2012 sur toute la zone du programme a estimé que 33,5 % des cas de MAS étaient couverts (9).⁸

⁴Étant donné que les participants à l'étude étaient sélectionnés en raison de leur lien récent avec les services de soins, un biais a été introduit en termes des éléments perçus comme des barrières à l'accès par les participants et de l'importance de l'« information » sur les services et les conditions en particulier.

⁵ Les « Union Councils » sont des sous-divisions de district au Pakistan et peuvent comprendre des villes ou un grand village et ses alentours.

⁶ La couverture périodique (qui se fonde sur les cas actuels et sur les patients en voie

de rétablissement) a été utilisée dans cette évaluation.

⁷ Les *woredas* correspondent aux divisions administratives de troisième niveau en Éthiopie. Les *woredas* se composent d'un certain nombre de circonscriptions (*kebele*), ou d'associations de quartier qui sont les plus petites unités des collectivités locales dans le pays.

⁸ La couverture ponctuelle (qui se fonde sur les cas actuels uniquement) a été utilisée dans cette évaluation.

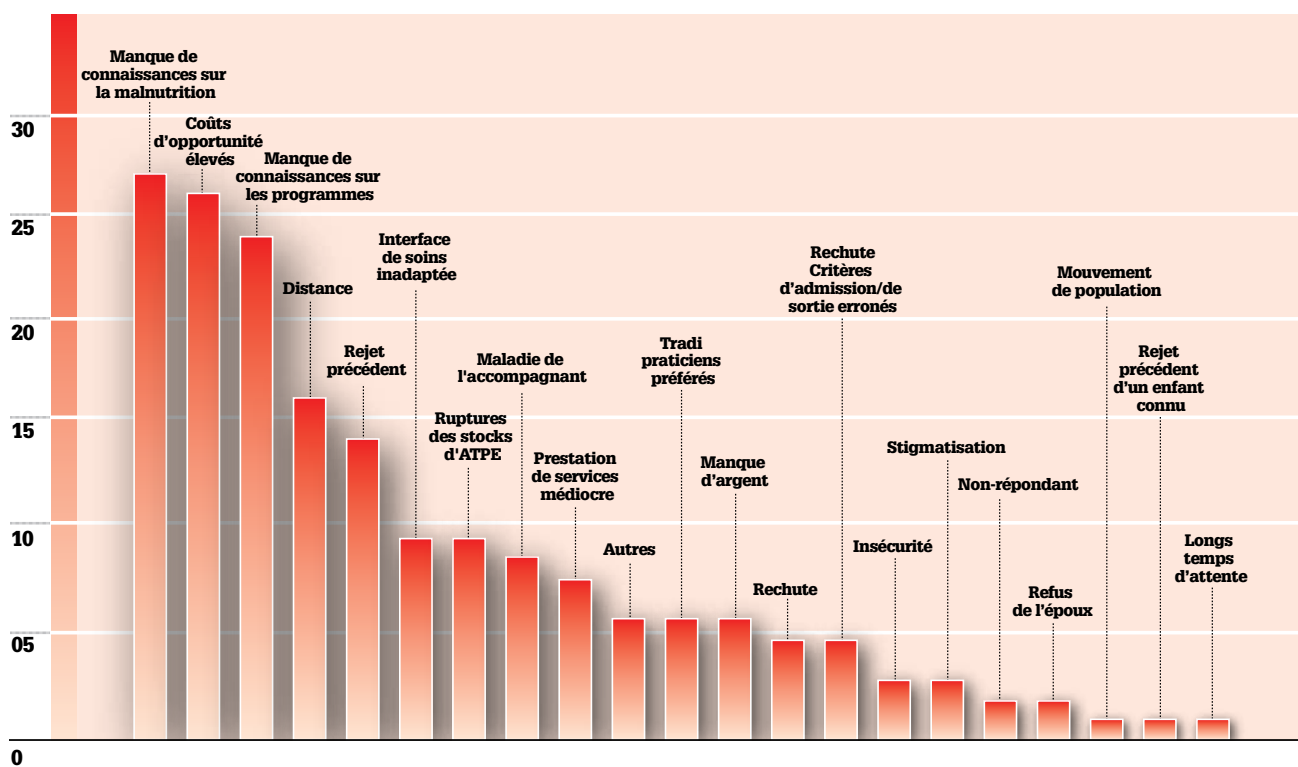
Comprendre les barrières à l'accès qui affectent le traitement communautaire de la MAS

L'analyse des évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN dans 21 pays (n = 44) a révélé que les cinq barrières à l'accès les plus fréquemment signalées, toutes interventions confondues, sont le manque de connaissances sur la malnutrition, des coûts d'opportunité élevés, le manque de connaissances sur le programme, l'éloignement du site et un rejet précédent. Ces barrières représentent à eux seuls 58,9 % de tous les barrières signalés. Si l'on tient compte uniquement de l'obstacle principal signalé pour chaque programme, les deux barrières principaux (le manque de connaissances sur la malnutrition et sur les programmes de traitement) représentent 54,5 % des barrières signalés. Ces constatations confirment

en grande partie les résultats d'une étude qui avait été menée précédemment en se fondant également sur des évaluations de la couverture et sur les résultats des questionnaires correspondants remplis avec les accompagnants de patients ne bénéficiant pas de soins. Cette étude, qui se fondait sur un échantillon plus petit d'évaluations de la couverture (n = 12), était principalement axée sur les programmes mis en oeuvre par des ONG entre 2004 et 2006 dans cinq pays. L'analyse s'est appuyée sur des questionnaires réalisés auprès de 1 696 accompagnants de patients ne bénéficiant pas de soins (6). Bien que les résultats de chaque analyse varient, des similitudes se dessinent quant aux barrières à l'accès aux services.

FIGURE 1

Les 5 principaux barrières à l'accès émanant de chaque évaluation



Source: Base de données du CMN

8 Comprendre les barrières

Bien que les mêmes barrières aient été identifiées par les deux analyses (voir Figure 1 et Tableau 1), la fréquence signalée (ou l'importance relative) de ces barrières diffère. Ceci est dû en partie au fait que certaines des évaluations incluses dans la première étude ont mesuré la couverture des services de traitement de la MAM et de la MAS opérant ensemble (comme c'était souvent le cas dans le cadre des premiers projets de Soins thérapeutiques communautaires, STC).

Par conséquent, certaines des dynamiques distinctes qui af-

ENCADRÉ 1



La nomenclature utilisée pour rendre compte des barrières à l'accès aux services de traitement de la MAS a évolué au cours de ces dix dernières années. Certains termes ont été remplacés, alors que d'autres ont été simplifiés pour faciliter l'analyse comparative. La liste suivante fournit de nouvelles informations sur la signification des classifications clés et sur les modifications qui y ont été apportées:

- **Manque de connaissances sur le programme** également appelé « ne sait pas que le programme existe ».
- **Manque de connaissances sur la malnutrition:** également appelé « affection non reconnue comme étant la malnutrition ».
- **Coûts d'opportunité:** ce terme est employé pour décrire la décision prise par l'accompagnant de ne pas se présenter aux services de soins, car les coûts directs/indirects et les implications du suivi du traitement (par ex. perte de revenus, production agricole, etc.) sont perçus comme trop élevés. Ce phénomène est également appelé « accompagnant occupé ».
- **Interface de soins inadaptée:** ce terme est employé pour décrire un patient qui demande des soins/qui est inscrit dans un service de soins connexe dans un établissement de santé (par ex. traitement du paludisme), mais qui, en dépit de son statut nutritionnel, n'est pas identifié comme remplissant les conditions requises pour bénéficier du traitement de la MAS.
- **Prestation de services médiocre:** ce terme est employé pour décrire le mauvais service client (accompagnant) offert au niveau de l'établissement de santé.
- **Rechute:** ce terme est employé lorsqu'un enfant qui, une fois guéri, a quitté le service de soins s'avère être à nouveau malnutri, mais n'a pas été inscrit au programme de soins.
- **Critères d'admission erronés:** ce terme est employé pour décrire l'enregistrement d'un patient dans le mauvais service (par ex. traitement de la MAM au lieu de la MAS) ou lorsque les critères d'admissibilité (par ex. oedème) ne sont pas utilisés pour admettre un patient aux services de traitement de la MAS.

fectent l'accès au traitement de la MAM (10) apparaissent aussi dans la présente analyse. Cependant, les écarts entre les deux analyses traduisent également les changements survenus aux niveaux des politiques, des protocoles utilisés et de la conception globale des services de traitement communautaire de la MAS⁹. Ainsi, alors que les variations en termes de leur importance relative reflètent les changements et l'évolution des services de soins, le même type de barrières a continué de façonner l'accès au traitement communautaire de la MAS au fil des ans.

Ces barrières affectent-ils cependant tous les services de soins communautaires de la même manière ? Pour comprendre comment ces barrières varient dans différents contextes, les résultats des évaluations réalisées avec le soutien du CMN ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie en fonction du type de contexte (rural, urbain et camp), du responsable de la mise en oeuvre (services intégrés par le ministère de la Santé contre projets mis en oeuvre par des ONG) et de la performance globale (couverture < ou > 50 %) du service en question (voir Annexe III).

Aucune différence significative n'a été observée entre les contextes ruraux et urbains, hormis la stigmatisation, qui a été signalée plus fréquemment dans les contextes urbains. Les résultats en provenance des camps ont mis en lumière des différences importantes, les connaissances sur la malnutrition et les services de soins ne faisant pas partie des cinq barrières les plus fréquemment cités. En ce qui concerne les responsables de la mise en oeuvre, aucune différence n'a été notée dans les cinq barrières à l'accès les plus fréquemment signalés pour les services intégrés par le ministère de la Santé et pour les projets mis en oeuvre par des ONG : seul le 5e obstacle le plus commun différait, « un rejet précédent » étant celui cité pour les services intégrés par le ministère de la Santé et le « manque d'argent » pour les projets mis en oeuvre par des ONG. En ce qui concerne la performance globale en termes de couverture, l'analyse n'a révélé pratiquement aucune différence entre les cinq principaux barrières identifiées, mais a souligné certaines différences pour ce qui est de leur importance relative (classement). Dans les programmes ayant une couverture supérieure à 50 %, le « manque de connaissances sur la malnutrition » ne fait pas partie des trois premiers barrières cités alors que dans les services qui enregistrent une couverture inférieure à 50 %, la « distance » et les « ruptures des stocks d'ATPE » font partie des cinq principaux barrières signalés (voir Annexe III).

Dans l'ensemble, les résultats indiquent, sans grande différence entre les contextes, que les mêmes barrières affectent les services de traitement communautaire de la MAS. De plus, d'après les conclusions de l'examen de la littérature scientifique, ces barrières affectent aussi d'autres interventions, y compris les services pour le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, la pneumonie, le déparasitage, la vitamine A, les vaccinations, et le planning familial et la santé maternelle (voir Tableau 2).

⁹ Par exemple, la baisse du nombre de patients qui citent le rejet comme une raison de non-présentation est en partie imputable à l'adoption progressive de critères communs de référencement et d'admission. L'augmentation de la survenue d'autres

barrières (tels que les ruptures des stocks d'ATPE) reflète quant à elle l'élargissement des réseaux d'approvisionnement et l'intégration du traitement de la MAS dans les systèmes nationaux qui fournissent les services de santé.

Comprendre les barrières 9

Les évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN offrent une indication des barrières à l'accès qui sont les plus importants dans le cas du traitement de la MAS, et l'examen de la littérature scientifique sur les barrières aux autres interventions de santé publique indique que ces barrières ne sont pas propres aux services de traitement de la MAS. Mais pour quelles raisons et comment ces barrières

surviennent-ils ? Sont-ils reconnus et combattus par les prestataires de services et, dans l'affirmative, de quelle manière ? En s'appuyant sur les données qualitatives que les évaluations de la couverture ont produites et sur les résultats des trois études de cas, le présent examen dressera le profil des cinq barrières les plus communs et examinera la manière dont les accompagnants les vivent¹⁰.

TABLEAU 1

» Raisons de la non-présentation des patients d'après 12 enquêtes - classées par modalité¹¹

RAISON DE LA NON-PRÉSENTATION	NOMBRE D'ENQUÊTES			
	Nombre de mentions parmi les 3 premières raisons	1 ^{ère} raison la plus courante	2 ^e raison la plus courante	3 ^e raison la plus courante
Rejet précédent	9	7	2	0
Affection non reconnue comme étant la malnutrition	6	2	3	1
Maladie de l'accompagnant	4	0	3	1
N'a pas connaissance de l'existence du programme de STC	3	1	0	2
Éloignement des sites	3	1	1	1
Ne croit pas au programme de STC	3	1	1	1
Accompagnant occupé	3	0	1	2
Rechute	3	1	1	1
Autres raisons	2	0	1	1
Obligations parentales à la maison	2	0	0	2
Honte	1	0	1	0
Total*		13	14	12

* Le total de chaque colonne devrait être égal au nombre total des programmes faisant l'objet de l'enquête (12). Les colonnes des 1^{ère} et 2^e raisons les plus courantes donnent un total de 13 et de 14 respectivement, en raison de l'égalité d'importance accordée à deux raisons.

Source: Guerro, et al (6)

TABLEAU 2

» Barrières à l'accès rencontrés dans le cadre d'autres interventions de santé publique

BARRIÈRES	PALUDISME	VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PNEUMONIE	DÉPARASITAGE	VITAMINE A	VACCINS	PLANNING FAMILIAL ET SANTÉ MATERNELLE
Distance	Oui ¹¹	Oui ¹²	Oui ¹³	Oui ¹⁴	Oui ¹⁵	Oui ¹⁶	Oui ¹⁷	Oui ¹⁸
Lack of knowledge of services	Oui ¹⁹	Oui ²⁰	Oui ²¹	Oui ²²	Oui ²³	Oui ²⁴	Oui ²⁵	Oui ²⁶
Lack of knowledge of disease/condition	Oui ²⁷	Oui ²⁸	Oui ²⁹	Oui ³⁰	Oui ³¹	Non	Oui ³²	Oui ³³
Caregiver busy/ opportunity costs	Oui ³⁴	Oui ³⁵	Oui ³⁶	Oui ³⁷	Oui ³⁸	Non	Oui ³⁹	Oui ⁴⁰

NB: La fréquence de l'expérience n'a pas été notée, mais un « oui » indique qu'elle a été signalée dans la littérature scientifique. Ces barrières représentent des barrières passées et présents au traitement. Cette liste ne saurait être exhaustive ; il s'agit des barrières décrits dans la littérature scientifique.

¹⁰Le classement relatif des barrières utilisé dans le rapport reflète les conclusions des évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN et pas forcément le classement émanant des trois emplacements sur le terrain. Les auteurs reconnaissent que les familles et les ménages vivent ces barrières différemment en fonction de

l'endroit où ils se trouvent et également selon la saison.

¹¹Dans cette étude, les auteurs décrivent la modalité comme « ... le nombre de fois où un problème est cité en tant que raison principale dans l'ensemble des programmes ». (6)

Manque de connaissances sur la malnutrition et sur les services de soins

Dans presque toutes les évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN qui ont été analysées, le manque de connaissances sur la malnutrition et/ou sur les services de soins ont été identifiés comme les principaux barrières à l'accès. L'apparition récurrente de ces barrières reflète la complexité qui caractérise les étiologies locales de la malnutrition et les difficultés auxquelles sont confrontés les services de soins qui souhaitent s'établir en tant que voie de traitement principale pour cette affection. Alors que les communautés ont souvent une compréhension de base du rôle des causes immédiates de la malnutrition, les perceptions à l'échelle locale (et les voies de traitement correspondantes) sont également influencées par les croyances « traditionnelles » et/ou par des idées fausses (41). L'étude menée en Éthiopie a constaté que certains accompagnants attribuaient l'apparition de la maladie à un certain nombre de causes, notamment à l'utilisation de contraceptifs. Dans le cadre de cette étude, il a également été prouvé que les patients faisaient tout d'abord appel aux praticiens de la médecine traditionnelle pour se faire soigner. Les spécificités locales mises à part, les résultats des évaluations de la couverture et des trois études de cas de pays suggèrent que la façon dont la MAS est perçue par les accompagnants et la façon dont elle est comprise par ceux qui dispensent les soins peuvent être différentes. Cette divergence est particulièrement importante, car elle joue un rôle dans le comportement de recours aux soins, non seulement pour le traitement de la MAS, mais aussi pour un certain nombre d'autres services de santé.

« Le manque de connaissances sur la malnutrition, la raison pour laquelle c'est une maladie dangereuse et comment la prévenir, représente un problème important. Les gens pensent que leur enfant va bien ».

DIRECTEUR D'UN CENTRE DE SANTE, ÉTHIOPIE

« Mon enfant n'a peut-être pas bonne mine pour vous, mais pour moi si ! »

BÉNÉFICIAIRE AYANT ABANDONNÉ LE TRAITEMENT, ÉTHIOPIE

« Il est difficile de comprendre que mon fils est malade, car il ne se comporte pas comme un enfant malade. Je sais cependant qu'il ne mange pas suffisamment d'aliments nutritifs. »

BÉNÉFICIAIRE, KENYA

Les interventions de traitement communautaire de la MAS ont été au départ conçues pour s'attaquer à ce problème de manière proactive en sensibilisant les communautés sur cette affection et sur les services de soins disponibles. (42) Les initiatives de sensibilisation réussies qui ont été déployées dans le cadre des premiers programmes de traitement communautaire de la MAS ciblaient les personnalités importantes des communautés comme par exemple les leaders locaux, les praticiens de médecine traditionnelle et les groupes communautaires. (43) En Éthiopie, les recherches ont révélé que nombre de ces personnalités importantes de la communauté étaient reconnues et ralliées aux efforts de sensibilisation aujourd'hui.

« [Pour sensibiliser les communautés], nous organisons des conversations communautaires avec 25 ou 30 personnes. La plupart des participants sont des leaders communautaires et religieux. Nous leur montrons comment préparer les aliments complémentaires et nous leur fournissons des informations sur l'allaitement et sur les CNA ».

AGENT D'EXTENSION SANITAIRE, ÉTHIOPIE

Au Kenya, l'étude a également trouvé des exemples de la façon dont les communautés peuvent devenir les principaux interlocuteurs dans ce processus. Des groupes entièrement composés de femmes et des groupes entièrement composés d'hommes ont été mis sur pied pour réunir les accompagnants de patients, passés et présents, touchés par la MAS, et les autres membres de la communauté qui n'ont jamais été ex-

posés à cette affection. Dans ces forums, les participants pouvaient expliquer avec leurs propres mots ce que cela signifiait de faire face à la MAS et ils pouvaient se pencher sur les questions de l'accès et du traitement.

Il est impératif d'intégrer ce genre d'activités de sensibilisation dans les services de traitement communautaire de la MAS à travers le monde, en dépit des défis prévisibles auxquels elles se heurteront. Tout d'abord, une sensibilisation efficace nécessite de bien comprendre les communautés ciblées et les croyances locales ou « traditionnelles » associées à la maladie de manière à adapter ces activités aux besoins de l'utilisateur (44). Dans certains contextes, les ONG soutiennent les gouvernements dans l'élaboration de matériel de sensibilisation spécifique au contexte (45), mais ce genre d'initiatives reste rare (46). Deuxièmement, lorsque des initiatives de sensibilisation sont menées, elles sont habituellement mises au point sous forme de campagnes brèves et ponctuelles plutôt que de dialogue continu mené à long terme avec les communautés. Troisièmement, il est tout particulièrement difficile de diffuser le message auprès de toutes les communautés dans les zones faiblement peuplées. Dans de nombreux endroits où sont dispensés des services intégrés de traitement de la MAS, le système de santé dans son ensemble n'atteint pas toutes les communautés (47).

En outre, l'absence d'infrastructures solides de santé publique et d'éducation (c.-à-d. d'établissements scolaires et de programmes de santé communautaire) peut conduire à des connaissances limitées quant aux avantages généraux de la santé, de l'hygiène et de la nutrition (48) et quant à la façon de mieux participer au

programme en respectant les protocoles. Dans les zones mal desservies, un programme de PCMA, s'il est isolé, devra affronter des défis particuliers pour obtenir des résultats positifs.

Les services de traitement communautaire de la MAS confient les activités de sensibilisation aux agents communautaires qui travaillent pour beaucoup en tant que bénévoles. Lorsque ces travailleurs sont officiellement reconnus et liés aux services de santé nationaux, les résultats peuvent être positifs. En Éthiopie par exemple, l'étude a révélé que la reconnaissance de la Women's Development Army (WDA) par le système de santé, et le partenariat entre la WDA et les services de traitement de la MAS avaient contribué à améliorer la connaissance du service et à en accroître la visibilité. Cependant, s'il existe des avantages à travailler avec des réseaux de bénévoles établis, il y a aussi des inconvénients d'ordre pratique. Au Pakistan par exemple, l'étude a montré qu'étant donné que les bénévoles communautaires en nutrition travaillaient sur la base du volontariat, il leur était difficile d'y consacrer le temps nécessaire à couvrir la zone de desserte qui leur était affectée. Ceci n'était pas sans conséquences sur la façon dont les activités de sensibilisation se déroulaient concrètement, en privilégiant les zones plus densément peuplées et/ou plus accessibles par rapport aux petits établissements humains ou aux établissements plus éloignés.

« Nous avons atteint une couverture de 70 %. Étant donné la distance, il nous est impossible de couvrir tous les villages. D'après la population, nous avons couvert la plupart des villages fortement peuplés. »

PERSONNEL DU PROGRAMME, PAKISTAN

« Certaines personnes viennent de région montagneuses lointaines. Nous aimerions disposer d'un véhicule comme, par exemple, une moto ou une bicyclette pour transporter les fournitures jusqu'à ces villages éloignés. »

AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, KENYA

Ceci signifie que les informations sur la malnutrition et sur les services de soins restent limitées aux zones plus importantes et plus accessibles qui se trouvent plus près du domicile des bénévoles et des sites du programme. Ce modèle de sensibilisation spatiale se reflète à son tour dans la distribution spatiale de la couverture des services de traitement de la MAS (49).



JOSEPH NGOLEMWAI, UN VEUF
DU POKOT OCCIDENTAL, AU KENYA

“ ... Il est difficile de comprendre que mon fils est malade, car il ne se comporte pas comme un enfant malade. Je sais cependant qu’il ne mange pas suffisamment d’aliments nutritifs. Je vais à présent retourner au centre et voir ce qu’ils peuvent faire pour lui.

12 Barrières



Des coûts d'opportunité

Les coûts d'opportunité représentent une autre raison de non-présentation qui a été couramment citée dans beaucoup d'évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN. Le terme est employé pour décrire la décision prise par l'accompagnant de ne pas se présenter dans les services de soins en raison des coûts directs/indirects et des implications du suivi du traitement, qui sont perçus comme trop élevés. Les coûts d'opportunité consistent essentiellement à trouver un équilibre entre le besoin de recourir aux soins et celui (souvent tout aussi pressant) de s'acquitter d'autres responsabilités comme, par exemple, les travaux des champs pendant la récolte, les soins à prodiguer aux autres membres de la famille (y compris aux personnes âgées et aux autres enfants vivant au sein du foyer), la garde du bétail, la participation au jour du marché et la collecte de l'eau. Pour beaucoup de ménages, l'idée de recourir à un traitement pour la MAS arrive en bout de liste, après la résolution d'autres problèmes de santé qui ont mené à la MAS, ce qui entraîne une accumulation des coûts d'opportunité pour la MAS. L'étude menée au Pakistan a mis en lumière des exemples de ce problème.

« Nous avons emmené notre enfant chez un médecin pour recevoir un traitement pour le choléra. Nous sommes allés chez le médecin tous les jours pendant 15 jours. Le trajet en rickshaw prenait 25 minutes à l'aller et au retour et coûtait 20 roupies (environ 0,20 USD). Nous avons payé 1 000 roupies (environ 10 USD) par jour pour les médicaments, les solutions de réhydratation par intraveineuse et les honoraires du médecin. Le dernier jour, nous n'avons pas pu payer le prix du trajet en rickshaw et le médecin ne nous a pas fait grâce de ses honoraires. Nous sommes rentrés à pied. Nous avons vendu toutes nos chèvres et notre or pour la santé de notre enfant. Après s'être rétabli du choléra, notre enfant a été admis dans un CNA. »

BÉNÉFICIAIRE RÉTABLI, PAKISTAN

Les coûts d'opportunité élevés peuvent mener à un cercle vicieux : les accompagnants retardent le moment de se rendre dans les services de soins, ce qui mène souvent à une détérioration de l'état du patient. Ce dernier a alors besoin de soins en milieu hospitalier, ce qui entraîne une nouvelle hausse des coûts d'opportunité.

« J'ai fermé mon magasin parce que j'ai dû me rendre à Adwa pour recevoir un traitement [au sein du Centre nutritionnel thérapeutique*]. Ceci a porté un coup à mes moyens de subsistance. J'accorde la priorité à mon enfant et je travaille moins, mon magasin est presque fermé. Autrefois, mes bénéfices s'élevaient à 100 birrs par jour (environ 5 USD) si le marché était bon. »

BÉNÉFICIAIRE RÉTABLI, ÉTHIOPIE

« Alors que je restais pendant deux semaines avec ma première-née au centre de stabilisation* pour y bénéficier d'un traitement, mon autre fille est restée seule à la maison. Lorsque je suis revenue chez moi, elle était malade et malnutrie et j'ai dû retourner au centre de stabilisation à cause d'elle. »

BÉNÉFICIAIRE, KENYA

Les coûts d'opportunité varient non seulement d'un ménage à l'autre, mais aussi en fonction des saisons (50). Au Kenya par exemple, les participants à l'étude ont constamment souligné les difficultés qu'ils éprouvaient à accéder au traitement pendant la saison des pluies, lorsqu'il est dangereux de traverser les rivières et que l'accès routier devient imprévisible. Au Pakistan, au Kenya et en Éthiopie, les participants à l'étude ont signalé qu'il était surtout difficile de participer au programme à la saison de la récolte, lorsque la charge de travail des accompagnants atteint son apogée, les absences et les abandons devenant alors de plus en plus fréquents. Pendant cette saison, les individus et les familles se rendent dans d'autres villes et dans des champs très éloignés pour des périodes prolongées. La

saisonnalité influence les coûts d'opportunité d'une manière plus prévisible, mais nombre des facteurs qui rendent les coûts de participation excessifs sont en fin de compte imprévisibles et de nature plus personnelle. Des facteurs tels que la grossesse, la mort ou la maladie d'un membre de la famille peuvent affecter la participation d'un accompagnant.

« J'ai arrêté de venir après être venue trois fois, car ma mère est tombée malade. C'est moi qui devais m'occuper d'elle. Mes autres enfants vont également à l'école et nous n'avons donc pas le temps d'emmener cet enfant au CNA. Je dois m'occuper de mes enfants, qui sont nombreux, ainsi que de ma mère. »

BÉNÉFICIAIRE AYANT ABANDONNÉ LE TRAITEMENT, ÉTHIOPIE

« Pendant la migration du bétail, nos femmes restent seules au village ; elles ne peuvent pas quitter le village pour se rendre à la séance de suivi hebdomadaire, car il n'y aurait alors personne pour s'occuper des autres enfants et des personnes âgées. »

BÉNÉFICIAIRE, KENYA

Ces problèmes d'ordre personnel peuvent être tout particulièrement difficiles pour les femmes qui ne bénéficient plus du soutien de leur époux. En Éthiopie et au Pakistan, les accompagnantes veuves ou divorcées (ou qui manquaient de possibilités de moyens de subsistance et d'autres filets de sécurité sociale) se sont révélées être confrontées à davantage de difficultés. La grossesse est également un facteur important qui a été souvent identifié comme entravant la capacité d'une accompagnante à quitter son domicile pour participer au programme.

Les prestataires de services et les bénéficiaires ont trouvé des moyens de réduire les coûts d'opportunité de l'accès aux services de traitement de la MAS. Lorsqu'ils sont confrontés à des barrières allant au-delà du champ d'application standard d'une intervention, les programmes couronnés de succès ont tendance à maintenir un certain degré de flexibilité afin de fournir toute l'assistance supplémentaire qu'ils sont à même de fournir aux bénéficiaires à ces moments-là. Cette flexibilité peut inclure des modifications du calendrier des visites (ouverture le weekend, ouverture plus tôt, journées de travail plus longues, etc.) et l'organisation de distributions tous les quinze jours ou même de visites à domicile.

« Nous recommandons de modifier la fréquence du suivi à tous les quinze jours. Nous venons de loin, nous avons une ou deux heures de trajet. La récolte nous occupe également beaucoup [tout comme] la saison des pluies. C'est quelque chose que nous souhaitons améliorer à l'avenir. »

DISCUSSION DE GROUPE AVEC DES BÉNÉFICIAIRES RÉTABLIS, ÉTHIOPIE

« Nous avons demandé au personnel de nous rendre l'accès plus facile, car nous dépensions beaucoup d'argent dans les transports pour participer au programme. Depuis, on nous donne des rations [tous les quinze jours]. »

BÉNÉFICIAIRE RÉTABLI, PAKISTAN

La décision de recourir aux soins se fonde sur une analyse individuelle du rapport coût-avantage, qui compare les coûts par rapport aux besoins perçus et à la confiance en des gains potentiels. Au cours de ce processus, les accompagnants pèsent également les besoins individuels par rapport aux besoins du ménage. Au fur et à mesure que le rétablissement de l'enfant devient visible et reconnaissable et que l'urgence vitale des premières semaines s'estompe, le compromis s'en voit modifié et il devient plus difficile de trouver de justifier les coûts. (34-40) La capacité des services de traitement communautaire de la MAS à garantir l'adhérence au traitement en continu (et, par conséquent, la couverture) dépend en grande partie de leur capacité à reconnaître ces changements et à réduire les coûts d'opportunité pour les accompagnants.

* Les Centres nutritionnels thérapeutiques, également connus sous l'appellation de Centres ou d'Unités de stabilisation, sont des établissements hospitaliers (qui se trouvent souvent au sein des hôpitaux de district) où sont pris en charge les cas de MAS avec complications jusqu'à ce que ces patients puissent être transférés vers des services ambulatoires.

14 Barrières

**NANCY LOMWAI, MÈRE DE
JUMEAUX DANS LE POKOT
OCCIDENTAL, AU KENYA**

“ Deux bébés
sont lourds à
porter. Je peux faire
une partie du trajet
à moto, mais je n’ai
pas suffisamment
d’argent pour me
permettre le trajet
en entier. C’est très
fatigant. Si j’avais
d’autres enfants chez
moi, je ne pourrais
pas venir ici.



Distance

Malgré les gains réalisés grâce à la décentralisation de la prise en charge de la MAS des hôpitaux vers les établissements de santé, la plupart des accompagnants sont obligés de parcourir de longues distances pour accéder au traitement. (51) Bien que les éléments de preuve issus des évaluations réalisées avec le soutien du CMN indiquent clairement l'importance de la distance en tant qu'obstacle à l'accès, il est fort complexe de définir ce qui est acceptable en termes de distance. Les premiers modèles de traitement communautaire de la MAS faisaient clairement état de la nécessité d'installer les points de dispense de soins à une distance de 3 heures de marche maximum (ou un jour de marche aller-retour) des populations ciblées. (52) Cependant, les conclusions des études en provenance d'Éthiopie, du Kenya et du Pakistan ont révélé des variations dans les perceptions de la communauté. Alors que les accompagnants vivant entre trois et quatre heures de marche des sites de traitement ont déclaré ce trajet trop long, nombre de personnes vivant à une heure du site ont également dit que cette distance était trop importante pour qu'elles participent régulièrement au programme.

Ces variations de perceptions reflètent les liens étroits entre la distance et la notion de coûts d'opportunité ; l'acceptabilité de consacrer du temps (et parfois des frais de transport) à parcourir de longues distances est déterminée en grande partie par ce à quoi ce temps serait sinon accordé. L'étude a révélé des cas où des tâches domestiques chronophages comme, par exemple, la collecte de l'eau, rendaient les trajets jusqu'aux sites de traitement, qui étaient relativement plus courts, trop chronophages.

« Certaines personnes marchent pendant 6-7 heures aller-retour pour aller chercher de l'eau. Elles n'ont donc pas le temps de se rendre dans un CNA. »

LEADERS COMMUNAUTAIRES, ÉTHIOPIE

Le concept de distance implique également tout un éventail d'autres éléments et notamment les normes culturelles, la sécurité, la topographie, la qualité des routes et l'absence d'options de transport. (53) Et, comme pour les coûts d'opportunité, la distance en tant qu'obstacle à l'accès varie en fonction des saisons. Les résultats de l'étude en provenance d'Éthiopie et du Pakistan reflètent également le rôle de la distance et les façons multiples dont elle est évaluée.

« La distance est un problème à n'importe quelle époque de l'année, mais surtout pendant la saison des pluies. Il n'y a aucun moyen de transport à proprement parler, seulement des rickshaws. Il n'y a aucune route à proprement parler. »

LEADERS COMMUNAUTAIRES, PAKISTAN

« Nous sommes confrontés à des difficultés pour venir ici, car le site est si loin de chez nous [3 heures]. Je ne viens jamais sans mon mari. Lorsque le site était plus près, je venais en compagnie d'autres femmes. Pendant la saison des pluies, la route est glissante et elle est même parfois inondée. Il y a aussi le problème de la distance: pendant le trajet, nous sommes épuisés et nous devons aussi porter les enfants. »

BÉNÉFICIAIRE AYANT ABANDONNÉ LE TRAITEMENT, PAKISTAN

Qui dit saisonnalité dit aussi migration. Au Pakistan, l'étude a révélé que les migrants saisonniers se déplaçaient d'une zone vers une autre dans toute la province. Ceci débouchait sur des différences en termes d'accès et sur un nombre plus élevé d'abandons dans ce groupe à certains moments de l'année.

« Nous nous déplaçons, mais le programme ne se déplace pas [avec nous]. »

BÉNÉFICIAIRE AYANT ABANDONNÉ LE TRAITEMENT, PAKISTAN

Les services de traitement de la MAS ont tenté de s'attaquer à cet obstacle de plusieurs manières. En Éthiopie par exemple, les services intégrés ont été davantage décentralisés, à l'échelle des postes de santé. En descendant davantage dans le système de santé et en mettant à profit les établissements de santé qui sont plus près des communautés, le problème de la distance s'est nettement amélioré. Au Pakistan, le programme mis en oeuvre par une ONG s'appuyait sur des sites satellites qui étaient situés plus près de la population bénéficiaire. Déplacer les services de soins ne représente qu'une solution partielle au problème. En Éthiopie, l'étude a mis en lumière des éléments de preuve qui suggèrent que l'établissement de meilleurs liens avec la WDA (chargée de la sensibilisation des communautés, même dans les zones plus éloignées) s'était aussi avéré essentiel pour informer et mobiliser les communautés afin qu'elles se rendent sur les sites de traitement. Toutes ces mesures permettent d'atténuer le problème de la distance, bien qu'elles ne suffisent souvent pas à garantir l'accès.

Rejet précédent et interface entre personnel/bénéficiaires

Une couverture élevée tient autant à une question d'identification et d'enregistrement des patients qu'à leur rétention jusqu'à l'achèvement du traitement. Étant donné les efforts fournis par les accompagnants pour accéder au traitement, la manière dont ils sont traités par les prestataires de services et la façon dont les caractéristiques du traitement leur sont expliquées peuvent devenir un facteur décisif clé de la poursuite de leur participation au programme. Pourtant, les évaluations de la couverture réalisées avec le soutien du CMN ont révélé que le rejet et l'interface entre le personnel et les bénéficiaires demeuraient un obstacle clé à l'accès aux services.

Le problème de l'interface entre le personnel et les bénéficiaires commence par la façon dont se passent les admissions et leur communication. Le degré de rejet qui a lieu dans le cadre des services de traitement communautaire de la MAS a été traditionnellement lié au degré d'homogénéisation entre les critères de référencement et d'admission. Au tout début du traitement communautaire de la MAS, les protocoles nationaux encourageaient souvent l'utilisation de critères différents pour le référencement (fondé principalement sur le périmètre brachial) et pour l'admission (fondée principalement sur le rapport poids-taille). Cette différence était responsable d'un grand nombre de rejets de patients, ce qui explique à son tour l'importance qu'occupait le rejet dans le classement des principaux barrières à l'accès dans les premières études qui ont été menées. (5) Au cours de ces dernières années, les directives nationales ont changé et elles intègrent désormais à la fois le PB et le rapport poids-taille comme critères officiels d'admission. Malgré ces changements de politique, un certain nombre de problèmes pratiques continuent à se poser. Premièrement, les prestataires de services encouragent souvent l'utilisation de seuils différents (par ex. PB de 120 mm) pour le référencement comme manière d'identifier non seulement les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'un programme, mais aussi les patients « à risque ». Le rejet mal expliqué de ces patients « à risque » est source de frustration, ce qui empêche ensuite la participation de l'enfant lorsque son état de santé se détériore. (54) Dans d'autres contextes, les agents de santé admettent à tort uniquement les patients qui remplissent les deux critères, ce qui résulte dans l'exclusion/le rejet de patients admissibles. (55)

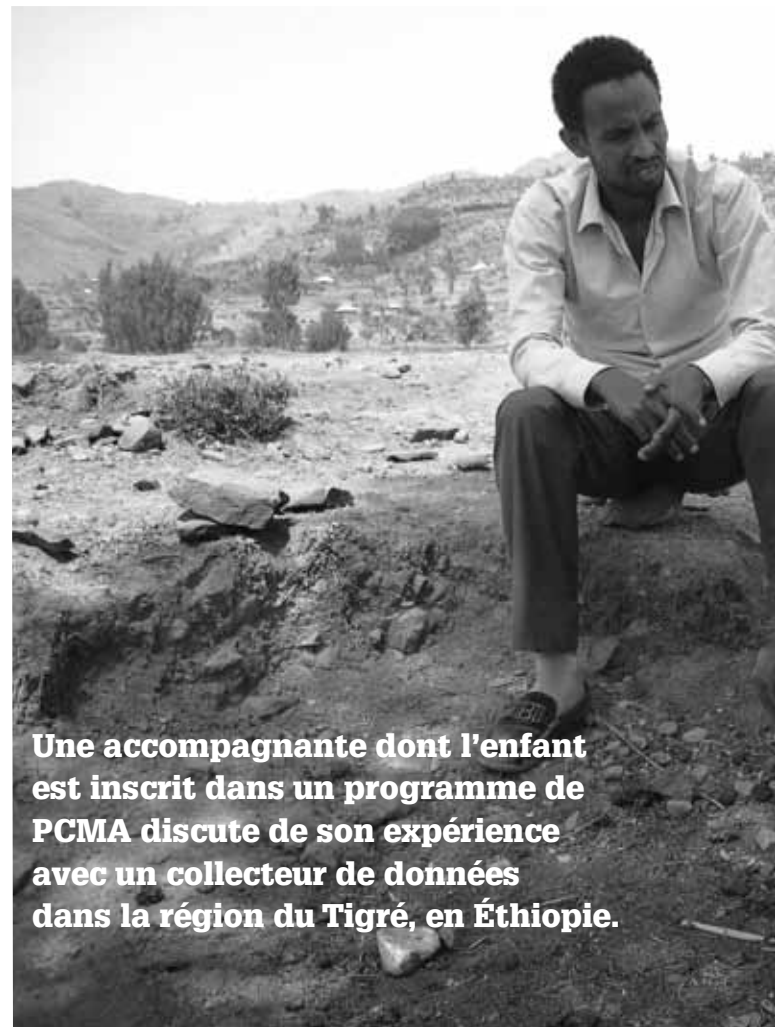
L'interface entre le personnel et les bénéficiaires, et la communication restent également importantes et tout aussi difficiles une fois que les patients sont inscrits. Au Kenya par exemple, l'étude a révélé que, bien que les accompagnants aient en général eu une opinion positive de la qualité du service, ils manquaient d'informations au sujet de la durée escomptée, de la fréquence et de la nature du traitement. Ce manque général de connaissances au sujet du cycle de traitement oblige les accompagnants à évaluer les coûts d'opportunité (y compris les décisions économiques et concernant le ménage) en se fondant sur des informations insuffisantes. Des problèmes similaires ont également été soulignés au sujet des consignes pratiques fournies sur l'emploi des ATPE. Plusieurs accompagnants interrogés dans le cadre de l'étude ont mentionné que leurs enfants n'acceptaient pas les ATPE et que certains souffraient de diarrhées et de vomissements après avoir consommé ces aliments. En conséquence, nombre de ces mères ont arrêté d'administrer les ATPE à leur enfant et/ou ont quitté le programme.

« La réticence des mères constitue l'une des raisons principales de l'abandon : elles pensent que les ATPE ne marchent pas pour leur enfant. »

AGENT D'EXTENSION SANITAIRE, ÉTHIOPIE

« Au début, ma fille avait bon appétit. Après cinq semaines, elle a refusé de manger alors j'ai arrêté de venir... Elle a perdu l'appétit. Elle ne voulait même pas voir le sachet. »
BÉNÉFICIAIRE AYANT ABANDONNÉ LE TRAITEMENT, ÉTHIOPIE

Afin d'éviter de semer la confusion et d'améliorer l'information sur l'utilisation optimale des ATPE, il est impératif que le personnel dispose du temps et de l'espace requis pour forger une relation constructive avec les bénéficiaires. Pourtant, nombre des services de traitement de la MAS intégrés par le ministère de la Santé sont mis en oeuvre au sein de larges infrastructures publiques, qui disposent de ressources limitées. Ces services s'appuient souvent sur des agents de santé communautaire qui sont surchargés de travail. (56) Le modèle de dispense de soins (qui retient de nombreuses caractéristiques structurelles des services dispensés par les ONG) achemine tous les cas de MAS vers un nombre limité d'établissements, forçant les agents de santé, qui manquent de ressources, sont surchargés de travail et souvent démotivés, à dispenser un traitement à un nombre élevé de patients chaque semaine. Ceci augmente non seulement le temps d'attente (57), mais entraîne également une baisse du temps accordé à la communication avec chaque accompagnant. Bien que le rejet et l'interface entre le personnel et les bénéficiaires soient influencés par les niveaux de supervision et de motivation (63), l'amélioration de la qualité de cette interface clé entre les services de traitement de la MAS et les accompagnants restera inexorablement liée au nombre de bénéficiaires par membre du personnel et au temps correspondant que chaque membre du personnel est en mesure de consacrer à chaque usager du service.



Une accompagnante dont l'enfant est inscrit dans un programme de PCMA discute de son expérience avec un collecteur de données dans la région du Tigré, en Éthiopie.

Rupture des stocks d'ATPE

Le traitement communautaire et décentralisé de la MAS nécessite un système d'approvisionnement dynamique et robuste qui soit capable de livrer les Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) là où ils font défaut et quand le besoin s'en fait sentir. L'identification des ruptures de stocks d'ATPE en tant qu'obstacle principal par les évaluations de la couverture suggère cependant que les systèmes de gestion des stocks et la logistique sont soumis à de fortes pressions en raison de l'élargissement des services. Deux facteurs compliquent la fourniture des ATPE. La première difficulté a trait aux chaînes d'approvisionnement nationales utilisées pour transporter les ATPE vers un grand nombre d'unités de dispense de soins à travers les pays, différentes personnes étant responsables de leur distribution et de leur gestion à différents niveaux. (59) La deuxième difficulté se rapporte aux quantités d'ATPE. Contrairement aux autres médicaments, les ATPE sont des produits lourds, dont le poids et le volume par enfant traité sont importants, ce qui nécessite par conséquent de grandes unités de transport et d'entreposage. Pour que cette chaîne d'approvisionnement complexe garantisse un approvisionnement en continu, il est impératif de générer et de communiquer des projections fiables à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement d'une manière qui tienne compte de calendriers de livraison variables.

Les ruptures de la chaîne d'approvisionnement en ATPE peuvent avoir un impact significatif sur le taux de présentation et sur la couverture. Les ruptures de stock à répétition contribuent à la perception des services de traitement communautaire de la MAS comme étant des services peu fiables, ainsi qu'à des hausses significatives de la

durée des séjours, de l'absentéisme et des abandons. (60) Certains éléments de preuve suggèrent aussi que les services qui enregistrent des ruptures fréquentes des stocks d'ATPE affichent également des taux de couverture nettement inférieurs. (61) Au Kenya, les agents de santé et les bénéficiaires ont identifié les ruptures de stock comme un facteur important dans leur analyse des coûts d'opportunité et dans la façon dont une distance acceptable à parcourir est définie.

« Les gens sont patients et ne se plaignent pas en dépit du fait que certains d'entre eux ont parcouru de très longues distances pour venir jusqu'ici. Les aliments ne nous ont pas été livrés depuis deux mois et certaines mères ne referont pas le trajet une deuxième ou une troisième fois. »

AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, KENYA

En Éthiopie, l'étude a révélé qu'alors que les ruptures de stock avaient eu l'effet escompté d'interrompre la dispense du service, l'impact de cet événement sur les taux d'abandon avait été moins marqué que ce à quoi l'on s'attendait. Ceci est en grande partie imputable à l'implication du personnel communautaire : grâce à un système élaboré avec minutie¹² de communication entre les prestataires de services et les accompagnants, les changements en matière d'approvisionnement en ATPE ont été communiqués avec efficacité et les abandons ont été atténués pendant les ruptures de stock. En outre, les prestataires de services ont aidé les communautés à surmonter l'absence des ATPE en offrant des conseils sur la meilleure manière de protéger le statut nutritionnel des enfants à l'aide des aliments disponibles à domicile.

« Parfois, il y avait des interruptions de l'approvisionnement. Je préfère donner des aliments complémentaires à mon enfant à domicile jusqu'à ce que les ATPE soient à nouveau disponibles. »

BÉNÉFICIAIRE RÉTABLI, ÉTHIOPIE

Il est impératif de garantir un accès continu aux produits et aux services de traitement de la MAS pour maintenir la confiance des communautés et leur utilisation de ces services,



Photo: Chloe Puett

¹² Chaque membre de la WDA était chargé de sensibiliser 30 ménages au sein de sa communauté. Une mère pour 5 ménages sert de point focal afin de transmettre l'information et de faire part des préoccupations à la WDA, créant ainsi un « réseau 1:5 ». Les membres de la WDA ont ensuite régulièrement rencontré un agent d'extension sanitaire afin de transmettre les informations « vers le haut » et les agents d'extension sanitaire ont assuré un suivi au moyen de visites des ménages, selon les besoins.

18 Conclusions

Les conclusions de l'analyse des évaluations de la couverture et des études sur le terrain ont fourni des éclairages précieux sur l'éventail d'obstacles (souvent interconnectés) à l'accès qui affectent les interventions de traitement communautaire de la MAS. Bien que ces obstacles soient communs à tous les programmes de traitement de la MAS, leurs causes ne sont pas seulement propres au contexte, mais aussi aux ménages et à la communauté. Alors que les services de traitement communautaire de la MAS s'étendent à l'échelle mondiale, offrir des services qui sont accessibles à tous continuera de poser problème. Cependant, les conclusions de cette analyse suggèrent que l'amélioration de l'accès aux services de traitement communautaire de la MAS doit commencer par l'amélioration des aspects fondamentaux de la dispensation des soins.

La sensibilisation des communautés au sujet de la MAS et de la disponibilité du traitement était une caractéristique clé du modèle original de traitement communautaire de la MAS (Soins thérapeutiques communautaires, STC). La première mise en œuvre du modèle par les ONG (et à une échelle plus réduite) consacrait le temps et les ressources nécessaires pour comprendre les perceptions des communautés et élaborer des stratégies de mobilisation communautaire qui étaient adaptées à la culture concernée et propres au contexte. Cependant, l'intégration du traitement de la MAS dans les services dispensés par les ministères de la Santé semble avoir négligé ces éléments essentiels du modèle et n'est pas parvenue à tenir compte du défi posé par leur intégration au sein des systèmes de santé, avec des demandes contradictoires et des ressources limitées. Les conclusions de la présente étude suggèrent que, hormis dans des cas exceptionnels, la sensibilisation a été en grande partie ignorée dans la mise à l'échelle du traitement communautaire de la MAS.

La sensibilisation adéquate des communautés au sujet de la MAS en vue de promouvoir un changement du comportement

de recours aux soins est un processus à long terme. Informer les communautés au sujet des nouveaux services nécessite d'instaurer la confiance tant dans le service que dans le système responsable de sa prestation. Bien que ce volume ait cité le problème courant de la surcharge de travail des agents de santé, des recherches menées précédemment montrent également que l'officialisation des postes des agents de santé communautaire en les intégrant au sein du système de santé, accompagnée du niveau de professionnalisation que cela implique, représente un bon moyen d'améliorer la motivation de ces travailleurs. (58) Cette approche intégrée est indispensable pour assurer la pérennité et la mise à l'échelle des services et elle s'est avérée particulièrement payante dans les pays dotés de systèmes de santé solides et de politiques favorables. (62) Pourtant, dans nombre de pays qui ont besoin de services de traitement de la MAS, les systèmes de santé sont faibles et fragmentés. Dans ces environnements, les agents de santé communautaire ont besoin de recevoir un soutien externe adéquat pour dispenser des services de qualité, et le niveau et le type de soutien varieront en fonction du contexte. (63)

Ce soutien doit provenir en partie des communautés elles-mêmes. Dans les zones qui ne sont pas desservies par le système de santé officiel, les praticiens de médecine traditionnelle continuent d'être pertinents tant en raison des croyances locales que du fait que leurs services sont offerts à proximité de la communauté. Il s'est avéré que l'intégration des praticiens de médecine traditionnelle au cadre des travailleurs communautaires qui soutiennent l'identification et le référencement des cas de MAS débouche sur des résultats positifs (52), en conséquence de quoi cette option devrait être davantage examinée. La promotion de la participation de groupes communautaires ad hoc ou établis (tels que les groupes entièrement masculins au Kenya) afin de soutenir les services de traitement de la MAS a également engendré des résultats positifs et doit être encouragée. Pour parvenir à une implication plus

dynamique de la communauté, il faudra également élaborer des moyens d'encourager sa participation. L'expérience d'autres interventions de santé publique qui sont parvenues à introduire des activités génératrices de revenus (AGR) durables (64) et/ou d'autres mesures de solidarité horizontale¹³ pour soutenir l'implication des communautés doit être passée en revue et examinée en vue de remplacer le modèle fondé sur les bénévoles qui s'est, en fin de compte, avéré si inefficace et non viable. (65)

Une amélioration de la sensibilisation des communautés ne suffira pas à transformer l'amélioration des connaissances en changement des comportements de recours aux soins et de l'accès aux services de traitement de la MAS. Bien que la décentralisation des services de soins vers les postes/centres de santé ait réduit les barrières à l'accès (par rapport aux services centralisés dispensés à l'échelle des hôpitaux), elle ne les a pas supprimés. Dans les vastes zones faiblement peuplées, les infrastructures sanitaires disponibles sont souvent limitées, ce qui met en fait les services hors de la portée de nombreuses communautés. Les longues distances qui séparent les communautés des établissements de santé contribuent à augmenter les coûts d'opportunité de l'accès au traitement, finissant donc par exercer une « exclusion par les prix » de nombreux ménages affectés. De plus, la dépendance vis-à-vis de ce qui n'est souvent qu'une poignée d'établissements pour des zones géographiques étendues signifie que le personnel, déjà surchargé de travail, est souvent incapable de dispenser des soins de qualité souhaitable à chaque accompagnant et à chaque patient demandant un traitement ou de sensibiliser les communautés de manière adéquate. Le traitement communautaire de la MAS dispensé au sein des centres/postes de santé est souvent encore trop loin et les coûts d'opportunité sont trop élevés pour beaucoup des ménages qui sont touchés.

Les prestataires de services peuvent introduire des changements relativement mineurs qui sont susceptibles d'avoir un effet notable sur les coûts d'opportunité, y compris la rédu-

tion des temps d'attente sur le site, l'introduction d'une visite tous les quinze jours¹⁴ et une meilleure communication avec les accompagnants au sujet de la durée/de la progression escomptées du traitement. Il n'est cependant pas probable que ces mesures engendrent la nette amélioration qui est nécessaire. Les participants à l'étude en Éthiopie, au Kenya et au Pakistan ont souligné le besoin d'améliorer l'accès aux services de soins en décentralisant davantage ces services. De plus en plus d'éléments de preuve semblent suggérer que le traitement de la MAS peut être dispensé avec succès par les agents de santé communautaire. (66) Il existe toutefois quelques considérations d'ordre pratique qui influenceront la capacité des services de soins à atteindre les communautés. Dans le cas du traitement de la MAS, il est impératif de comprendre les difficultés qui persistent dans la chaîne d'approvisionnement des ATPE et d'élaborer des solutions novatrices si l'on veut qu'une décentralisation plus poussée soit un jour viable d'un point de vue logistique. La recherche de solutions à ce défi ainsi qu'à d'autres difficultés est peut-être comparativement nouvelle pour le traitement communautaire de la MAS, mais il s'agit d'une recherche menée de manière approfondie par bien d'autres interventions de santé publique au cours des dernières décennies. Le passage en revue de ces expériences représente une étape clé dans l'identification d'autres solutions fondées sur des données factuelles pour améliorer l'accès et libérer le potentiel du traitement communautaire de la MAS.

LE VOLUME TROIS de la présente série en trois volets se penchera de plus près sur les expériences des autres interventions de santé publique pour faire face à ce problème et surmonter d'autres barrières. Ce dernier volume examinera les éléments de preuve qui sont disponibles pour déterminer quels enseignements nous pouvons tirer d'autres interventions de santé publique au sujet des mesures prises à l'échelle communautaire pour améliorer l'accès et la couverture du traitement communautaire de la MAS.

¹³Tel qu'en intégrant des objectifs d'épargne dans les programmes « Argent contre travail » pour établir des fonds de secours autogérés.

¹⁴ Les programmes mis en oeuvre par les ONG peuvent même aller plus loin, en

transférant les points de dispense des soins (par ex. à proximité des marchés, églises, points d'eau, moulins à céréales, etc.) pour permettre aux accompagnants d'optimiser leurs visites en les fusionnant avec d'autres tâches périodiques.

Annexe 1: Évaluations de la couverture

Programmes soutenus par le CMN (juillet 2012-juin 2013)			
PAYS	EMPLACEMENT	TYPE DE CONTEXTE	PROGRAMMES MIS EN OEUVRE PAR UNE ONG
Afghanistan	Kabul	Urbain	
Burkina Faso	Manni (district)	Rural	
Burkina Faso	Bogande (district)	Rural	
Burkina Faso	Yako	Rural	
Burkina Faso	Pama	Rural	
Cameroun	Maroua Urbain District	Urbain	
Côte d'Ivoire	Danané	Rural	●
Côte d'Ivoire	Zouan Hounien, Tonkpi	Rural	●
Côte d'Ivoire	Toulepleu	Rural	●
Éthiopie	Camp de Dolo	Camp	●
Haïti	Port-au-Prince	Urbain	
Kenya	Nairobi	Urbain	
Kenya	Nairobi	Urbain	
Kenya	Nairobi	Urbain	
Kenya	Nairobi	Urbain	
Kenya	Garbatulla	Rural	
Kenya	Istiolo	Rural	
Kenya	Comté de Laikipia	Rural	
Mali	Comté de Laikipia	Rural	
Mauritanie	Guidimakha	Rural	
Népal	District de Saptari	Rural	
Niger	Keita	Rural	
Niger	Gaya	Rural	
Niger	Mayahi, Maradi	Rural	
Niger	Zinder	Rural	
Nigéria	Katsina	Rural	
Pakistan	Tando Mohammad	Rural	●
Philippines	Mindanao	Rural	
RDC	Kisantu	Rural	
RDC	Kasaï oriental	Rural	
RDC	Opala	Rural	●
RDC	Bafwasende	Rural	●
Rwanda	Gisagara	Rural	
Sénégal	Matam	Rural	●
Sénégal	Matam	Rural	●
Somalie	Garowe	Camp	
Soudan du Sud	Kapoeta	Rural	●
Soudan du Sud	Aweil Ouest	Rural	
Soudan	Darfour occidental	Camp	
Tchad	Région du Batha	Rural	
Tchad	Bahr el Gazal	Rural	
Tchad	Iriba	Rural	
Tchad	Kanem	Rural	
Tchad	Kanem	Rural	

Annexe 2: Méthodes employées dans la collecte des données primaires: Pakistan et Éthiopie

Cette étude a été menée afin de mieux comprendre les barrières à l'accès auxquels font face les ménages, même au sein des programmes de PCMA qui enregistrent une bonne performance.

COLLECTE DES DONNÉES

Les données ont été collectées entre les mois de mai et de juillet 2013. Toutes les personnes interrogées nous ont donné leur consentement éclairé avant le début des discussions.

SÉLECTION ET ÉCHANTILLONNAGE DES PARTICIPANTS

Trois zones du programme de chaque pays et les sites des CNA au sein de ces zones ont été délibérément sélectionnés en se fondant sur les taux d'abandon en provenance des données de suivi des programmes pour capturer une variété d'environnements programmatiques. Ceux-ci comprenaient des zones bénéficiant d'un environnement programmatique plus favorable (en termes de soutien reçu de la part des partenaires ou de la durée de la mise en oeuvre) et d'environnements plus difficiles (densité démographique faible ou forte, topographie difficile, productivité agricole). Au sein de chaque programme, un minimum de 10 bénéficiaires, au nombre des rétablis ou des abandons et provenant de différents sites du programme, ont été interrogés. Les ménages d'enfants rétablis ont été sélectionnés de manière aléatoire dans la mesure du possible, à l'aide des dossiers d'enregistrement. Les ménages ayant abandonné le programme ont été sélectionnés délibérément et des efforts ont été déployés afin de localiser tous ces ménages dans chaque zone pour organiser des discussions. Dans la zone de desserte de chaque site sélectionné, des discussions de groupe et des entretiens individuels ont été menés avec le personnel du programme, des leaders et des membres de la communauté. Le Tableau 4 indique le nombre de discussions de groupe et d'entretiens individuels conduits auprès des différents types de personnes interrogées dans chaque pays.

TABLEAU 4

» Nombre et type de personnes interrogées par pays

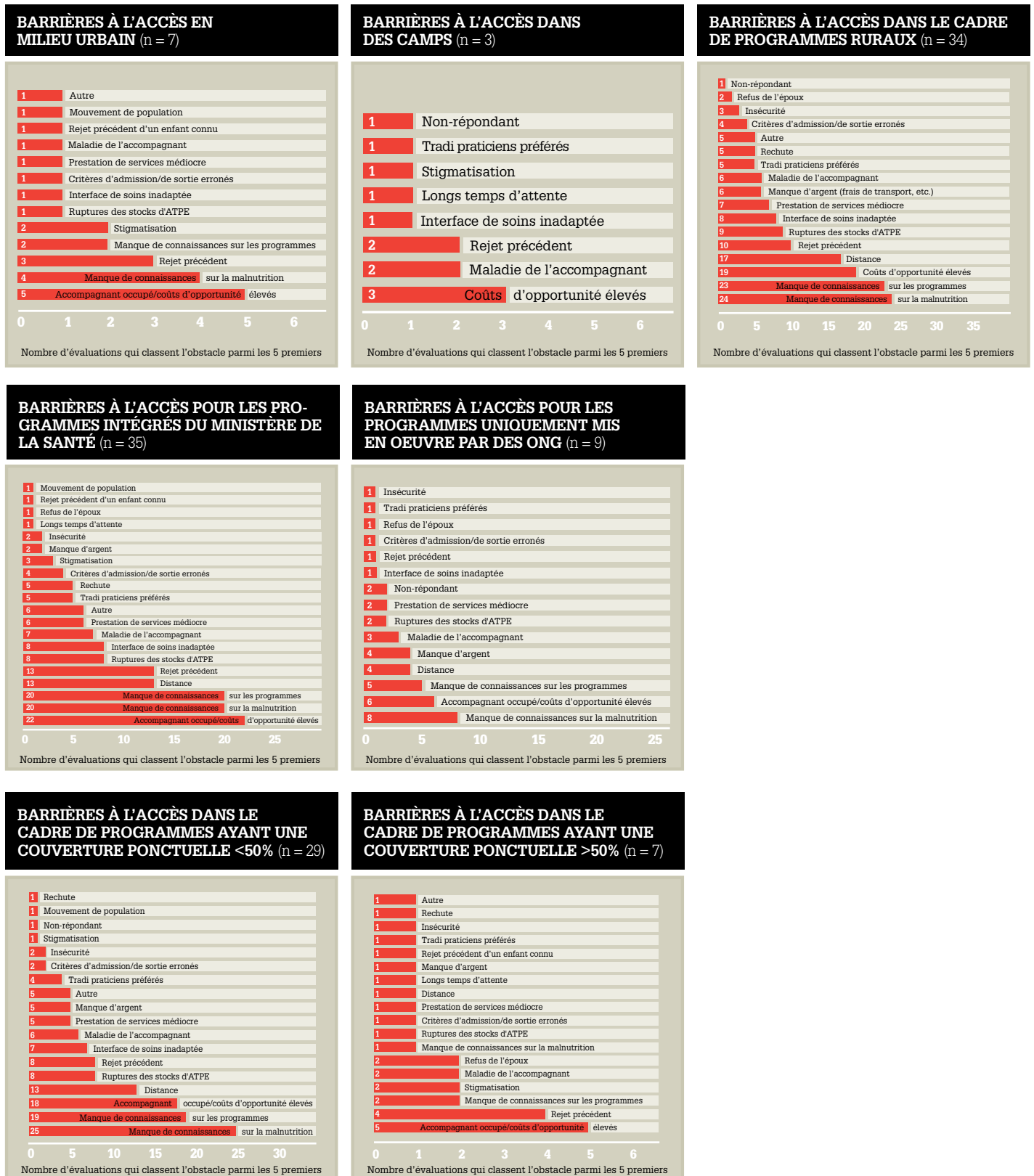
PERSONNES INTERROGÉES	ÉTHIOPIE		PAKISTAN	
	Groupe	Individuel	Groupe	Individuel
Personnel du programme		13	6	
Membres de la communauté	4	7	3	
Bénéficiaires				
- Rétablis		16		11
- Ayant abandonné		21		10
- Non-bénéficiaires		1	2	

En Éthiopie, le personnel communautaire du ministère de la Santé était occupé et devait se consacrer à des séances de formation et à d'autres activités professionnelles pendant la première série de collecte de données. Par conséquent, la collecte des données a été prorogée et le nombre de ménages bénéficiaires consultés en Éthiopie est plus élevé. Aucune difficulté de la sorte ne s'est posée au Pakistan, et l'échantillon comprenait les caractéristiques et les barrières des bénéficiaires du programme en général.

ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse qualitative thématique a été menée au format Microsoft Word. Les données quantitatives relatives aux caractéristiques des bénéficiaires ont été analysées dans Microsoft Excel, pour décrire et comparer les caractéristiques des ménages qui se sont heurtés à des barrières différents.

Annexe 3: Barrières à l'accès par type¹⁵

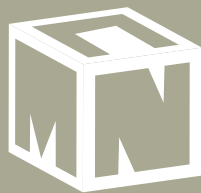


¹⁵Étant donné la différence de taille de l'échantillon entre les trois contextes, il est nécessaire d'exercer une certaine prudence lors de l'interprétation de ces résultats.

22 Citations

- 1 UNICEF (2013) *Global SAM Management Update, Summary of Findings* (Section Nutrition, Division des programmes, UNICEF, New York, 2013).
- 2 Tanahashi, T. (1978) *Health service coverage and its evaluation*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 56 (2): 295-303.
- 3 Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP (2004) *Achieving universal coverage with health interventions*, Lancet; 364 (9444): 1541-48.
- 4 Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GVA, Bryce J, Boerma JT, Victora CG. (2012), *Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries*. Lancet, 379 (9822); 1225-1233.
- 5 Ensor T & Cooper S, *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*, *Health Policy and Planning*; 2004, 19(2): 69-79.
- 6 Guerrero S, Myatt M, Collins S. (2010) *Determinants of coverage in Community-based therapeutic Care programmes: towards a joint quantitative and qualitative analysis*, *Disasters*. 34(2): 571-85.
- 7 Doledec, D (2008) *Impact of community mobilisation activities in Uganda*, *Field Exchange* 34:15.
- 8 CMN (2013) Tando Mohammad Khan, province de Sindh, Pakistan (CMN/ACF/UNICEF)
- 9 ACF (2012) *SQUEAC Report, West Pokot County, Kenya* (ACF/ ministère de la Santé)
- 10 Navarro-Colorado, C. Mason, F & Shoham, J (2008) *Measuring the effectiveness of Supplementary Feeding Programmes in emergencies*, *Humanitarian Practice Network*, 63.
- 11 Singh P & Sullivan S. (2011). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. New York: Earth Institute at Columbia University; Baqui, A. H., Arifeen, S. E., Williams, E. K., Ahmed, S., Mannan, I., Rahman, S. M., Begum, N., Seraji, H. R., Winch, P. J., Santosham, M., Black, R. E. & Darmstadt, G. L. (2009) *Effectiveness of Home-Based Management of Newborn Infections by Community Health Workers in Rural Bangladesh*. *Pediatr Infect Dis J*, 28, 304-310. Bhutta, Z., Lassi, Z., Parigo, G. & Huicho, L. (2010). *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems*. Geneva: Organisation mondiale de la Santé; Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G. & Bhutta, Z. A. (2007) *Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers*. Lancet, 369, 2121-2131.
- 12 Hetzel M.W., Ireba N, Makemba A, Mshana C, Lengeler C, Obrist B, Schulze A, Nathan R, Dillip A, Alba S, Mayumana I, Khatib RA, Njau JD & Mshinda H. (2007) *Understanding and improving access to prompt and effective malaria treatment and care in rural Tanzania: the ACCESS Programme*, *Malaria Journal*, 6: 83; Tipke M., Louis VR, Ye M, De Allegri M, Beiersmann C, Sié A, Mueller O & Jahn A. (2009) *Access to malaria treatment in young children of rural Burkina Faso*, *Malaria Journal*, 8:266; Chuma J, Abuya T, Memusi D, Juma E, Akhwale W, Ntwiga J, Nyandigisi A, Tetteh G, Shretta R & Amin A. (2009) *Reviewing the literature on access to prompt and effective malaria treatment in Kenya: implications for meeting the Abuja targets*, *Malaria Journal*, 8:243; Noor AM, Zurovac D, Hay SI, Ochola SA, Snow RW (2003) *Defining equity in physical access to clinical services using geographical information systems as part of malaria planning and monitoring in Kenya*. *Trop Med Int Health*, 8:917-926; Mbonye AK, Magnussen P & Bygberg IB (2007) *Intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy: the effect of new delivery approaches on access and compliance rates in Uganda*, *Tropical Medicine and International Health*, 12(4):519-531; Médécins Sans Frontières., (2008) *Prescription complète; un meilleur traitement contre la paludisme pour plus de patients : l'expérience de MSF* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.msfastcess.org/our-work/malaria/article/907>; Ruebush TK, Kern MK, Campbell CC & Oloo AJ. (1995) *Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 73 (2): 229-236; Thomson A, Khogali M, de Smet M, Reid T, Mukhtar A, Peterson S and von Schreeb J (2011) *Low referral completion of rapid diagnostic test negative patients in community-based treatment of malaria in Sierra Leone*, *Malaria Journal*, 10:94; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger*, *Maternal Newborn and Child Health Paper* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/kenya.pdf>; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger*, *Maternal Newborn and Child Health Paper* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/niger.pdf>
- 13 Duff P, Kipp W, Wild TC, Rubaale T & Okech-Ojony J (2010) *Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda*, *Journal of the International AIDS Society*, 13:37; Posse M, Meheus F, van Asten H, van der Ven & Baltussen R. (2008) *Barriers to access to antiretroviral treatment in developing countries: a review*, *Tropical Medicine and International Health*, 13(7):904-913; Mukherjee JS, Ivers L, Leandro F, Farmer P & Behforouz H. (2006) *Antiretroviral Therapy in Resource-Poor Settings Decreasing Barriers to Access and Promoting Adherence*, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 43, (1),S123-6; Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, Thior I, Gilbert Pet al. (2003) *Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana*, *J Acquir Immune Defic Syndr*; 34: 281-288; Roura M Busza J, Wringe Mbata D, Urassa M, Zaba B. (2009) *Barriers to Sustaining Antiretroviral Treatment in Kisesa, Tanzania: A Follow-Up Study to Understand Attrition from the Antiretroviral Program*, *AIDS Patient Care STDS*; 23(3): 203-210; Sanjoko N, Frich C, Fretheim A. (2008) *Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study*, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*; 5(3); Mills EJ, Nachege JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, et al. (2006) *Adherence to HAART: A systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators*. *PLoS Med* 3(11); Posse M & Baltussen R. (2009) *Barriers to Access to Antiretroviral Treatment in Mozambique, as Perceived by Patients and Health Workers in Urban and Rural Settings*, *Aids patient care and STDs*, 23(10).
- 14 Ukwaia KN, Alobu I, Nweke CO, Onyenwe EC. (2013) *Health-care-seeking behavior, treatment delays and its determinants among pulmonary tuberculosis patients in rural Nigeria: a cross-sectional study*, *BMC Health Services Research*, 13:25; Storia DG, Yimer S, Bjune G (2008) *A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis*. *BMC Public Health*, 8:15; Watkins RE & Plant AJ. (2004) *Pathways to Treatment for Tuberculosis in Bali: Patient Perspectives*, *Qual Health Res*, 14: 691; Lock WA, Ahmad RA, Ruitter RAC, van der Werf MJ, Bos AER, Mahendradhata Y, de Vlas SJ. (2011) *Patient delay determinants for patients with suspected tuberculosis in Yogyakarta province, Indonesia*, *Tropical Medicine and International Health*, 16(12): 1501-1510.
- 15 Källander K, Hildenwall H, Waiswa P, Galiwango E, Peterson S, Parigo G. (2008) *Delayed care seeking for fatal pneumonia in children aged under five years in Uganda: a case-series study*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 86(5); 321-416; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Kenya*, *Maternal Newborn and Child Health Paper* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/kenya.pdf>; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger*, *Maternal Newborn and Child Health Paper* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/niger.pdf>
- 16 Talaat M, Omar M & Evans D. (1999). *Developing strategies to control schistosomiasis morbidity in non-enrolled school-age children: experience from Egypt*, *Tropical Medicine and International Health*, 4(8) 551-556; Mwinzi PNM, Montgomery SP, Owaga CO, Mwanje M, Muok EM, Ayisi JG, Laserson KF, Muchiri EM, Secor WE & Karanja DMS (2012) *Integrated community-directed intervention for schistosomiasis and soil transmitted helminths in western Kenya - a pilot study*, *Parasites & Vectors*, 5:182; Raso G, Utzinger J, Silue KD, Ouattara M, Yapi A, Toty A, Matthys B, Voumatsou P, Tanner M & N'Goran EK (2005) *Disparities in parasitic infections, perceived ill health and access to health care among poorer and less poor schoolchildren of rural Cote d'Ivoire*, *Tropical Medicine and International Health*, 10 (1): 42-57.
- 17 Berger SG, de Pee S, Bloem MW, Halati S, Semba RD. (2007) *High malnutrition and morbidity among children who are missed by periodic vitamin A capsule distribution for child survival in rural Indonesia*. *J Nutr*, 137:1328-33.
- 18 Loevinsohn BP & Loevinsohn ME (1987) *Well Child Clinics and Mass Vaccination Campaigns: An Evaluation of Strategies for Improving the Coverage of Primary Health Care in a Developing Country*, *AJPH*, 77 (11); Siddiqi N, Khan A, Nisar N, Siddiqi AA. (2007) *Assessment of EPI (Expanded program of immunization) vaccine coverage in a peri-urban area, J Pak Med Assoc.*, 57(8): 392-395; Streefland PH, Chowdhury AR & Ramos-Jimenez P. (1999) *Quality of vaccination services and social demand for vaccinations in Africa and Asia*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 77 (8); Blanford J, Kumar S, Luo W & MacEachern AM. (2012) *It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger*, *International Journal of Health Geographics*, 11:24.
- 19 Creel LC, Sass JV, & Yinger NV. (1996) *Client-Centered Quality: Clients' Perspectives and Barriers to Receiving Care*, *New Perspectives on Quality of Care: No. 2*, Conseil de population et Bureau d'information géographique; Green C. (2004) *Increasing access to maternal health services: Lessons learned from Nigeria, Sub-Saharan Africa, and elsewhere*, document préparé en vue de la table ronde sur la maternité sans risques [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: http://www.m-mc.org/spotlight/indonesia_siaga/PATHS/flavsh/PDFs/cdaf22al.pdf; Jammeh A, Sundby J, Vangen S. (2011) *Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural Gambia: A qualitative in-depth interview study*, *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 981096. Publié en ligne le 30 juin 2011; Ekirapa-Kiracho E, Waiswa P, Rahman MH, Makumbi F, Kiwanuka N, et al. (2011) *Increasing access to institutional deliveries using demand and supply side incentives: early results from a quasi-experimental study*, *BMC International Health and Human Rights*, 11(Suppl. 1):S11; Parkhurst JO, Rahmani SA & Ssengoba F. (2006) *Overcoming Access Barriers for Facility-based Delivery in Low-income Settings: Insights from Bangladesh and Uganda*, *J Health Popul Nutr*, 24(4):438-445; Stephenson R & Hennik M. (2004) *Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan opportunities and choices Working Paper n° 2*. [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://eprints.soton.ac.uk/34736/1/Pakistan%20barriers%20WP2.PDF>; Simkhada B, van Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. (2008) *Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: a systematic review of the literature*, *Journal of Advanced Nursing*, 61(3): 244-260; Hounton S, Chapman G, Menten J, De Brouwere V, Ensor T, Sombie I, Meda N, Ronsmans C. (2008) *Accessibility and utilisation of delivery care within a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso*, *Tropical Medicine and International Health*, 13 (1):44-52.
- 20 Chuma J, Okungu V, and Molyneux C. (2010) *Barriers to prompt and effective malaria treatment amongst the poorest population in Kenya*, *Malaria Journal*, 9:144.
- 21 Biadgilign S, Deribew A, Amberbir A, Deribe K. (2009) *Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among HIV-infected paediatric patients in Ethiopia: A qualitative study*, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 6:4; Sanjoko N, Frich C, Fretheim A. (2008) *Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study*, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 5(3); Chakrapani V, Newman PA, Shunmuqam M, Kurian AK, Dubrow R. (2009) *Barriers to Free Antiretroviral Treatment Access for Female Sex Workers in Chennai, India*, *Aids patient care and STDs*, 23(11); Posse M & Baltussen R. (2009) *Barriers to Access to Antiretroviral Treatment in Mozambique, as Perceived by Patients and Health Workers in Urban and Rural Settings*, *Aids patient care and STDs*, 23(10).
- 22 Watkins RE & Plant AJ. (2004) *Pathways to Treatment for Tuberculosis in Bali: Patient Perspectives*, *Qual Health Res*, 14: 691.
- 23 UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries. Report on findings from Kenya*, *Maternal Newborn and Child Health Paper* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/kenya.pdf>
- 24 Partenariat pour le développement de l'enfant (2001) *Community perception of school-based delivery of anthelmintics in Ghana and Tanzania*, *Tropical Medicine and International Health*, 6(12),1075-1083; Mwinzi PNM, Montgomery SP, Owaga CO, Mwanje M, Muok EM, Ayisi JG, Laserson KF, Muchiri EM, Secor WE & Karanja DMS (2012) *Integrated community-directed intervention for schistosomiasis and soil transmitted helminths in western Kenya - a pilot study*, *Parasites & Vectors*, 5:182; Halwindi H, Siziya S, Magnussen P, and Olsen A. (2013) *Factors Perceived by Caretakers as Barriers to Health Care for Under-Five Children in Mazabuka District, Zambia*, *Tropical Medicine*, 1-10.
- 25 Streefland PH, Chowdhury AR & Ramos-Jimenez P. (1999) *Quality of vaccination services and social demand for vaccinations in Africa and Asia*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 77(8); Patel AR & Nowalk MP. (2010) *Expanding immunization coverage in rural India: a review of evidence for the role of community health workers*, *Vaccine* 28; 604-613; Siddiqi N, Khan A, Nisar N, Siddiqi AA. (2007) *Assessment of EPI (Expanded program of immunization) vaccine coverage in a peri-urban area, J Pak Med Assoc.*, 57(8):392-395; Cassell JA, Leach M, Fairhead JR, Small M, Mercer CH. (2006) *The social shaping of childhood vaccination practice in rural and urban Gambia*, *Health Policy Plan*, 21(5): 373-391; Streefland PH, Chowdhury AR & Ramos-Jimenez P. (1999) *Quality of vaccination services and social demand for vaccinations in Africa and Asia*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 77 (8).
- 26 Creel LC, Sass JV, & Yinger NV. (1996) *Client-Centered Quality: Clients' Perspectives and Barriers to Receiving Care, New Perspectives on Quality of Care: No. 2*, Population Council and Population reference Bureau; Hagey J, Rulisa S, Perez-Escamilla R. (2013) *Barriers and solutions for timely initiation of antenatal care in Kigali Rwanda: Health facility professionals' perspective*, *Midwifery*, disponible en ligne le 26 mars 2013; Mugisha F & Reynolds H. (2008) *Provider perspectives on barriers to family planning quality in Uganda: a qualitative study*, *J Fam Plann Reprod Health Care*, 34(1); Stephenson R & Hennik M. (2004) *Barriers to Family Planning Service Use among the Urban Poor in Pakistan opportunities and choices working, Paper No. 2*; Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. (2006) *Family planning: the unfinished agenda*, *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*; Hounton S, Chapman G, Menten J, De Brouwere V, Ensor T, Sombie I, Meda N, Ronsmans C. (2008) *Accessibility and utilisation of delivery care within a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso*, *Tropical Medicine and International Health*, 13 (1): 44-52.
- 27 Chuma J, Okungu V, et Molyneux C (2010) *Barriers to prompt and effective malaria treatment amongst the poorest population in Kenya*, *Malaria Journal*, 9:144; Chuma J, Abuya T, Memusi D, Juma E, Akhwale W, Ntwiga J, Nyandigisi A, Tetteh G, Shretta R & Amin A. (2009) *Reviewing the literature on access to prompt and effective malaria treatment in Kenya: implications for meeting the Abuja targets*, *Malaria Journal*, 8:243; Mwenesi HA, Harpham T, Marsh K, Snow RW (1995) *Perceptions of symptoms of severe childhood malaria among Mijikenda and Luo residents of coastal Kenya*. *J Biosoc Sci.*, 27(2):235-44.

- 28 Chuma J, Okungu V, and Molyneux C (2010) *Barriers to prompt and effective malaria treatment amongst the poorest population in Kenya*, *Malaria Journal*, 9:144; Chuma J, Abuya T, Memusi D, Juma E, Akhwale W, Ntwiga J, Nyandigisi A, Tetteh G, Shretta R & Amin A. (2009) *Reviewing the literature on access to prompt and effective malaria treatment in Kenya: implications for meeting the Abuja targets*, *Malaria Journal*, 8:243; Mwenesi HA, Harpham T, Marsh K, Snow RW (1995) *Perceptions of symptoms of severe childhood malaria among Mijikenda and Luo residents of coastal Kenya*. *J Biosoc Sci.*; 27(2):235-44.
- 29 Eastwood SV & Hill PC. (2004) *A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa*, *Int J Tuberc Lung Dis* 8(1):70-75; Watkins RE & Plant AJ. (2004) *Pathways to Treatment for Tuberculosis in Bali: Patient Perspectives*, *Qual Health Res*14: 691; Elzinga G, Raviglione MC & Maher D (2004) *Scale up: meeting targets in global tuberculosis control*, *Lancet*; 363: 814-19; O'Boyle SJ, Power JJ, Ibrahim MY, Watson JP (2002) *Factors affecting patient compliance with anti-tuberculosis chemotherapy using the directly observed treatment, short-course strategy (DOTS)*, *Int J Tuberc Lung Dis* 6(4):307-312.
- 30 Kallander K, Tomsona G, Nsabagasanic X, Sabiti JN, Pariyoe G, Peterson S. (2006) *Can community health workers and caretakers recognise pneumonia in children? Experiences from western Uganda*, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*; 100, 956-963; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries*, *Report on findings from Nigeria*, Maternal Newborn and Child Health Paper [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.hciproject.org>; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries*, *Report on findings from Kenya*, Maternal Newborn and Child Health Paper [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/kenya.pdf>; UNICEF (2012) *Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger*, Maternal Newborn and Child Health Paper [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: <http://www.anthrologica.com/niger.pdf>.
- 31 Mwinzi PNM, Montgomery SP, Owaga CO, Mwanje M, Muok EM, Ayisi JG, Laserson KF, Muchiri EM, Secor WE & Karanja DMS (2012) *Integrated community-directed intervention for schistosomiasis and soil transmitted helminths in western Kenya – a pilot study*, *Parasites & Vectors*, 5:182; Hart P. (2011) *GOT WORMS?: Planning and Evaluation of a Culturally Appropriate Health Education Pilot Program for the Control of Soil-Transmitted Helminth Infections in Rwandan Village Children*, Master of Public Health Thesis and Capstone, Thomas Jefferson University.
- 32 Cassell JA, Leach M, Fairhead JR, Small M, Mercer CH. (2006) *The social shaping of childhood vaccination practice in rural and urban Gambia*, *Health Policy Plan.*, 21 (5): 373-391; Streefland PH, Chowdhury AR & Ramos-Jimenez P. (1999) *Quality of vaccination services and social demand for vaccinations in Africa and Asia*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 77 (8); Pande R, Yazbeck A. (2003) *What's in a country average? Wealth, gender, and regional inequalities in immunization in India*. *Soc Sci Med*; 57:2075-88.
- 33 Jammeh A, Sundby J, Vangen S. (2011) *Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural Gambia: A qualitative in-depth interview study*, *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 981096. Publié en ligne le 30 juin 2011; Parkhurst JO, Rahman SA & Ssengooba F. (2006) *Overcoming Access Barriers for Facility-based Delivery in Low-income Settings: Insights from Bangladesh and Uganda*, *J Health Popul Nutr.*;24(4):438-445; Hounton S, Chapman G, Menten J, De Brouwer V, Ensor T, Sombie I, Meda N, Ronsmans C. (2008) *Accessibility and utilisation of delivery care within a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso*, *Tropical Medicine and International Health*, 13 (1): 44-52.
- 34 Chuma J, Okungu V, and Molyneux C (2010) *Barriers to prompt and effective malaria treatment amongst the poorest population in Kenya*, *Malaria Journal*, 9:144; Tipke M., Louis VR, Yé M, De Allegri M, Beiersmann C, Sié A, Mueller O & Jahn A. (2009) *Access to malaria treatment in young children of rural Burkina Faso*, *Malaria Journal* , 8:266; Whitty CJM, Chandler C, Ansah E, Leslie T et Staedke SG (2008) *Deployment of ACT antimalarials for treatment of malaria: challenges and opportunities*, *Malaria Journal*, 7(Suppl 1):S7.
- 35 Amberbir A, Woldemichael K, Getachew S, Girma B & Deribe K. (2008) *Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia*, *BMC Public Health*, 8:265; Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, Thior I, Gilbert Pet al. (2003). *Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana*, *J Acquir Immune Defic Syndr*; 34: 281-288; Sanjoko N, Fritch C, Fretheim A. (2008) *Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study*, *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*5(3); Mills EJ, Nachecha JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, et al. (2006) *Adherence to HAART: A systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators*, *PLoS Med*, 3(11).
- 36 Needham, D.M., Godfrey-Faussett, P. et Foster, S.D. (1998) *Barriers to tuberculosis control in urban Zambia: the economic impact and burden on patients prior to diagnosis* *Int J Tuberc Lung Dis* 2(10): 811-817; O'Boyle SJ, Power JJ, Ibrahim MY, Watson JP (2002) *Factors affecting patient compliance with anti-tuberculosis chemotherapy using the directly observed treatment, short-course strategy (DOTS)*, *Int J Tuberc Lung Dis* 6(4):307-312; Rangan S, Ambe G, Borremans N, Zallocco D, Porter J. (2003) *The Mumbai experience in building field level partnerships for DOTS implementation*, *Tuberculosis*, 83, 165-172.
- 37 Källander K, Hildenwall H, Waiswa P, Galiwango E, Peterson S, Pariyo G. (2008) *Delayed care seeking for fatal pneumonia in children aged under five years in Uganda: a case-series study*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 86(5); 321-416
- 38 Halwindi H, Magnussen P, Meyrowitsch D, Handema R, Siziya S, Olsen A. (2013) *Effect on treatment coverage of adding community-directed treatment to the health facility-based approach of delivering anthelmintic drugs to under-five children during child health week in Mazabuka District, Zambia*, *ISRN Tropical Medicine*.
- 39 Banerjee AV, Dufoe E, Jameel AL, Glennerster R, Kothari D. (2010) *Improving immunisation coverage in rural India: clustered randomised controlled evaluation of immunisation campaigns with and without incentives*, *BMJ*; 340:2220; Barham T, Brenzel L & Maluccio J. (2007) *Beyond 80%: Are there new ways of increasing vaccination coverage? Evaluation of CCT Programs in Mexico and Nicaragua*, *Santé, nutrition et population (HNP)*, Document d'analyse de la Banque mondiale; Cassell JA, Leach M, Fairhead JR, Small M, Mercer CH. (2006) *The social shaping of childhood vaccination practice in rural and urban Gambia*, *Health Policy Plan*, 21 (5): 373-391; Streefland PH, Chowdhury AR & Ramos-Jimenez P. (1999) *Quality of vaccination services and social demand for vaccinations in Africa and Asia*, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 77 (8).
- 40 Creel LC, Sacc JV, & Yinger NV. (1996) *Client-Centered Quality: Clients' Perspectives and Barriers to Receiving Care, New Perspectives on Quality of Care: No. 2*, Conseil de population et Bureau d'information géographique; Stephenson R & Hennik M. (2004) *Barriers to Family Planning Service Use among the Urban Poor in Pakistan* *Opportunities and Choices, Working Paper No. 2*.
- 41 Vygen SB, Roberfroid D, Captier V, Kolsteren P (2013) *Treatment of severe acute malnutrition in infants aged <6 months in Niger*, *J Pediatr.* ;162(3):515-521; Groves, Vikki (2011) *Childhood malnutrition and the Dinka of Southern Sudan* (Field Exchange, Emergency Nutrition Network, numéro 41, août 2011); Flax, VC (2013) *'It was caused by the carelessness of the parents': cultural models of child malnutrition in southern Malawi* , *Maternal and Child Nutrition*, publié en ligne.
- 42 Guerrero, Saul & Mollison, Simon (2005) *Mobilising Communities during Emergencies: the CTC Experience in Darfur* *Humanitarian Exchange (Humanitarian Policy Network, ODI, Londres,30,20-22)*
- 43 Guerrero, S & Khara, T (2004) *Community Participation and Mobilisation in CTC in Community-based Therapeutic Care - ENN Special Supplement (Emergency Nutrition Network, Oxford, pp. 43-46)*
- 44 UNICEF (2011) *Management of severe acute malnutrition, Module 13, Part 2: Technical Notes (HTP Version 2, 2011)*
- 45 Gallagher, M & Sacher, A. (2013) *Transforming awareness and training into effective CMAM performance* (Field Exchange, numéro 45, Emergency Nutrition Network, 42-43)
- 46 Germack Possolo et al. (2012) *Community management of acute malnutrition in Mozambique* (Field Exchange, Emergency Nutrition Network 43;45.)
- 47 Tesfali, Casie (2013) *High OTP coverage through the Ministry of Health in Chad* (Field Exchange, Emergency Nutrition Network 45 (51))
- 48 Ensor T & Cooper S. (2004) *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*, *Health Policy and Planning*; 19(2): 69-79.
- 49 CMN (2012) *Rapport SQUEAC, Port-au-Prince, Haïti* (CMN/Concern Worldwide/ACF/UNICEF/AVSL/ministère de la Santé, octobre-novembre 2012); CMN (2012) *SQUEAC Report, Merti District, Kenya* (CMN/ ACF/ ministère de la Santé /UNICEF, novembre 2012) ; CMN (2013) *SQUEAC Report, District de Saptari, Nepal* (CMN/ UNICEF/ministère de la Santé/ACF, février-mars 2013).
- 50 Sauerborn R, Nougatara A, Hien M, Diesfeldt HJ (1996) *Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso*, *Social Science & Medicine*, 43(3): 281-90.
- 51 CMN (2013) *SQUEAC Report, Mindanao, the Philippines* (CMN/ACF/Département de la santé, février 2013) & CMN (2012) *Rapport SQUEAC, Toulepleu Région du Cavalry, Côte d'Ivoire* (CMN/ACF, novembre 2012).
- 52 Valid International (2006) *Community-based Therapeutic Care (CTC), A Field Manual* (Valid International, première édition, 2006; p. 72)
- 53 Blanford J, Kumar S, Luo W & MacEachren AM. (2012) *It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger*, *International Journal of Health Geographics*, 11:24.
- 54 CMN (2013) *SQUEAC Report, Pama, Burkina Faso* (CMN/ACF/ UNICEF, novembre-décembre 2012)
- 55 CMN (2013) *SQUEAC Report, Yako, Burkina Faso* (CMN/ministère de la Santé/ Hellen Keller International, février 2013);
- 56 Bhattacharyya K, Winch PJ, LeBan K, Tien M. (2001) *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How They Affect Motivation, Retention and Sustainability*. BASICS II [En ligne] Consulté à l'adresse suivante : https://www.ghdonline.org/uploads/Community_Health_Workers_-_how_they_affect_motivation_retention_and_sustainability.pdf
- 57 CMN (2013) *SQUEAC Report, Mornei & Rongataz, Darfur, Sudan* (CMN/Concern/UNICEF/ministère de la Santé, octobre 2012)
- 58 Singh P & Sullivan S. 2011. *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. (New York: Earth Institute at Columbia University); Baqui AH, Arifeen SE, Williams EK, Ahmed S, Mannan I, Rahman SM, Begum N, Seraji HR, Winch PJ, Santosham M, Black RE, Darmstadt GL. (2009) *Effectiveness of Home-Based Management of Newborn Infections by Community Health Workers in Rural Bangladesh*. *Pediatr Infect Dis J*, 28, 304-310; Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. (2010) *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta ZA. (2007) *Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers*. *Lancet*, 369, 2121-2131.
- 59 UNICEF. (2009) *A supply chain analysis of ready-to-use therapeutic foods for the horn of Africa: the nutrition articulation project* [En ligne] Consulté à l'adresse suivante: http://www.unicef.org/supply/files/SUPPLY_CHAIN_ANALYSIS_OF_READY-TO-USE_THERAPEUTIC_FOODS_FOR_THE_HORN_OF_AFRICA.pdf
- 60 ENN/ministère de la Santé de la République fédérale démocratique d'Éthiopie. (2012) *Government experiences of scale-up of Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM): a synthesis of lessons* (Conférence sur la PCMA, Addis-Ababa, 2011, Emergency Nutrition Network); ACF (2012) *SQUEAC Report, Moyamba District, Sierra Leone* (ACF/ministère de la Santé, février 2012)
- 61 Alvarez Moran, J. (2013). *The usual suspects: barriers to access and its impact on SAM treatment coverage* (« What We Now Know: A Decade of Community-based SAM Treatment », Conférence, Londres, les 17 et 18 octobre 2013)
- 62 George A, Menotti EP, Rivera D, Montes I. (2009) *Community Case Management of Childhood Illness in Nicaragua: Transforming Health Systems in Underserved Rural Areas*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20, 99-115.
- 63 Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. (2013) *Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability?* *Am J Public Health*: 103(7):e74-82.
- 64 Strachan, Daniel (2010) *Health focused community based agents: motivation and incentives* (inSCALE Project, Institute of Child Health, UCL/Malaria Consortium/London School of Medicine & Tropical Medicine)
- 65 Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho, L. (2010) *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems*. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta ZA. (2007) *Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers*. *Lancet*, 369, 2121-2131; Takasugi T, and Lee ACK. (2012). *Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya*. *Public Health*, 126:839-845.
- 66 Amthor RE, Cole SM, Manary MJ. (2009) *The Use of Home-Based Therapy with Ready-to-Use Therapeutic Food to Treat Malnutrition in a Rural Area during a Food Crisis*. *Journal of the American Dietetic Assoc.* 109, 464-467; Linneman Z, Matlaly D, Ndekhla M, Manary M J, Maleta K, Manary M J. (2007) *A large-scale operational study of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food in childhood malnutrition in Malawi*. *Matern. Child Nutr.* 3(3): 206-215; Puett C, Coates J, Alderman H. (2013) *Quality of care for severe acute malnutrition delivered by community health workers in southern Bangladesh*, *Maternal & Child Nutrition*, 9(1); 130-142; Puett C, Coates J, Alderman H, Sadler K. (2012) *Does greater workload lead to reduced quality of preventive and curative care among community health workers in Bangladesh?* *Food and Nutrition Bulletin*, 33(4): 273-287-87; Puett C, Sadler K, Alderman H, Coates J, Fiedler JL, Myatt M. (2013) *Cost-effectiveness of the community-based management of severe acute malnutrition by community health workers in Southern Bangladesh*. *Health Policy and Planning*, 28(4):386-39999; Sadler K, Puett C, Mothabir G, Myatt M. (2011) *Community Case Management of Severe Acute Malnutrition in Southern Bangladesh* (Tufts University/Save the Children/GAIN/Pepsico).



COVERAGE MONITORING NETWORK

ACCÈS POUR TOUS

NOVEMBRE 2013