

RAPPORT FINAL

SLEAC

Évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Districts sanitaires d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar
Novembre 2019

Avec la participation de :



REMERCIEMENTS

L'évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture (SLEAC) du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) et du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PECMAM) dans le district d'Ampanihy dans la région Atsimo-Andrefana et dans le district d'Ambovombe dans la région Androy au sud du Madagascar a été rendue possible grâce au financement du Programme Alimentaire Mondial (PAM).

L'évaluation a été menée par *Lenka Blanárová*, Senior Nutrition Assessment Advisor, Action Contre la Faim, Royaume Uni en étroite collaboration avec l'équipe du Service de Nutrition du Ministère de la Santé de Madagascar (SNUT), représentée par *Olga Hanitra Raharinoro* et *Hajaniaina Tolojanahary*, et l'équipe de l'Office National de Nutrition (ONN), représentée par *Andry Tsirofo Ratsimisetra Rabemanantsoa* et *Jocelyn Harimanana*.

La mise en œuvre de l'évaluation a été logistiquement appuyée par Action Contre la Faim à Madagascar sous la supervision d'*Olivier Le Guillou*, Directeur Pays, et l'équipe du Programme Alimentaire Mondial à Madagascar sous la supervision de *Leila Masson*, Spécialiste en Nutrition.

L'équipe SLEAC souhaite d'adresser ses remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à cette évaluation et/ou ont facilité son déroulement, notamment :

À *Mme. Fanjambololoniaina Rasamoelina*, Directeur de la Direction Régionale de la Santé Publique à Tuléar, à *M. Rabeharinjaka Jimmy Cauchy*, Directeur de la Direction Régionale de la Santé Publique à Ambovombe, ainsi qu'à toutes leurs équipes pour leur disponibilité absolue lors de la collecte des données dans la zone d'étude.

À *Mamy Razanamahefa* et *Joseph Tovondrainy*, les points focaux Nutrition du Programme Alimentaire Mondial à Ambovombe et Ampanihy, pour leurs contributions et appui lors de la formation des équipes de terrain et la collecte de données dans leurs zones respectives.

Aux membres du Comité de Pilotage, notamment *M. Lala Andriantsarafara*, Chef de Service Suivi et Evaluation, Office National de Nutrition, *Mme. Aina Liselle Andriamahefazafy*, Responsable Suivi et Evaluation, Office National de Nutrition, *M. Manova Tsibara*, Responsable Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, Office National de Nutrition, *M. Andry Tsirofo Ratsimisetra Rabemanantsoa*, Chargé de Bases de données, Office National de Nutrition, *M. Avana Rakotonirina*, Responsable Suivi et Evaluation, Service de Nutrition du Ministère de la Santé de Madagascar, *Mme. Suzanne Lalsaga*, Consultant en Nutrition, Programme Alimentaire Mondial et *Mme. Jeannine Rasoarinoro*, Responsable Département Nutrition et Santé, Action Contre la Faim pour leur soutien et esprit critique, notamment lors de la préparation de l'évaluation.

Aux autorités administratives et traditionnelles sur l'étendue des districts d'Ampanihy et Ambovombe, notamment aux chefs de fokontany échantillonnés et visités pour leur accueil chaleureux et leurs orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe de collecte de données pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes.

Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail et l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliquées.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	4
ABBRÉVIATIONS	5
RÉSUMÉ	6
I. INTRODUCTION	10
II. OBJECTIFS	12
III. METHODOLOGIE	13
IV. RÉSULTATS	20
V. CONCLUSION	44
VI. RECOMMANDATIONS	47

ABBREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ACN	Agent Communautaire de Nutrition
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt-à-l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt-à-l'Emploi
CSB	Centre de Santé de Base
DS	District sanitaire
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
IC	Intervalle de Confiance
IRA	Infections Respiratoires Aigües
Link NCA	Analyse Causale de la Sous-Nutrition
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
P/T	Poids/Taille
PECMAS	Prise En Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère
PECMAM	Prise En Charge de la Malnutrition Aigüe Modérée
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SLEAC	Evaluation LQAS Simplifiée de l'Accessibilité et de la Couverture
SQUEAC	Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
SMART	Enquête Nutritionnelle utilisant la méthodologie SMART (Enquête Anthropométrique)
UNICEF	United Nations' Children's Fund
WFP/PAM	World Food Programme/Programme d'Alimentation Mondial

RÉSUMÉ

La malnutrition aiguë (MA) affecte un grand nombre d'enfants à Madagascar et ainsi demeure un problème majeur de santé publique, notamment dans le Grand Sud du pays. Selon L'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2018 par l'Institut National de la Statistique (INSTAT), la malnutrition aiguë touche 6,0% d'enfants de moins de 5 ans, dont 5,0% sous forme modérée et 1,0% sous forme sévère. Pourtant, le taux de la malnutrition aiguë global (MAG) dans certains districts dans le sud du pays dépasse 10%¹.

Afin de mesurer le niveau de couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) et du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PECMAM) et d'analyser les facteurs de blocage avec l'objectif d'orienter un développement des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë par un ensemble de partenaires dans le domaine de nutrition, une enquête de couverture selon la méthodologie SLEAC a été menée dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe en Novembre 2019 avec le financement du Programme Alimentaire Mondial (PAM).

Dans le district d'Ampanihy, l'équipe SLEAC a identifié 7 cas MAS couverts (C^{in}), 19 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 5 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 31 cas. L'équipe a aussi identifié 18 cas MAM couverts (C^{in}), 91 cas MAM non-couverts (C^{out}) et 9 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAM (R^{in}), soit un total de 118 cas.

Dans le district d'Ambovombe, l'équipe SLEAC a identifié 4 cas MAS couverts (C^{in}), 18 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 3 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 25 cas. L'équipe a aussi identifié 9 cas MAM couverts (C^{in}), 96 cas MAM non-couverts (C^{out}) et 3 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAM (R^{in}), soit un total de 108 cas.

Classification et l'estimation de la couverture du programme PECMAS

Vu qu'il n'a pas été possible d'atteindre la taille d'échantillon cible ($n=40$), il n'est pas possible de classer et/ou estimer la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe. Si la taille d'échantillon cible a été atteinte, on pourrait constater une couverture modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%.

Pourtant, vu que la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et d'Ambovombe a été confirmée comme homogène, il est possible de classer la couverture combinée du programme PECMAS au niveau de ces deux districts comme modérée.

Classification et l'estimation de la couverture du programme PECMAM

Vu qu'il a été possible d'atteindre la taille d'échantillon cible ($n=40$), il est possible de classer la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy comme modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%. La couverture dans le district d'Ambovombe peut être classifiée comme faible, c'est-à-dire inférieure à 20%.

¹ Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo et District d'Ampanihy, Madagascar, 2019.

D'ailleurs, vu qu'il a été possible d'atteindre la taille d'échantillon cible ($n=40$), la couverture dans les deux districts peut être aussi estimée. Ainsi, la couverture du programme PECMAM est estimée à 20.45% (IC 95% 13.57% - 27.34%) dans le district d'Ampanihy et à 10.26% (IC 95% 4.76% - 15.75%) dans le district d'Ambovombe. Aucun de ces valeurs s'approchent du seuil SPHERE de 50% recommandé aux programmes PECMAM dans le milieu rural.

Pourtant, vu que l'homogénéité de la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et d'Ambovombe n'a été confirmée, il n'est pas possible d'estimer la couverture combinée du programme PECMAM au niveau de ces deux districts.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAS non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance du programme PECMAS. Dans le district d'Ampanihy, seulement 38% des accompagnants des cas MAS non-couverts étaient au courant d'une existence de ce service dans le centre de santé de base à leur proximité. Dans le district d'Ambovombe, le programme PECMAS semble être un peu plus connu mais approximativement une moitié des accompagnants n'a pas pu confirmer la connaissance du service offert au niveau de CSB.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'à Ampanihy le rejet précédent de l'enfant s'avère très problématique et décourage des accompagnants des cas MAS non-couverts de chercher les soins appropriés au CSB, les parents à Ambovombe souffrent plutôt d'un manque de l'accompagnement. Un manque des moyens de déplacement et/ou un manque des moyens financiers pour le déplacement et/ou la préférence du traitement traditionnel semblent bloquer l'accès au programme dans les deux districts.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAM

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAM non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance du programme PECMAM. Pendant que la connaissance du programme est acceptable dans le district d'Ampanihy (63%), seulement 48% des accompagnants des cas MAS non-couverts dans le district d'Ambovombe étaient au courant d'une existence de ce service dans le site communautaire à leur proximité.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'une faible croyance que le traitement peut aider l'enfant s'avère problématique à Ampanihy, les accompagnants à Ambovombe souffrent plutôt d'un rejet

précédent de l'enfant et/ou de l'enfant connu qui ensuite décourage l'inscription de leur propre enfant dans le programme. D'ailleurs, dans le district d'Ampanihy, un site communautaire étant trop loin ensemble avec un manque des moyens financiers pour le déplacement représente une barrière géographique/financière importante au traitement. Dans le district d'Ambovombe, c'est plutôt un manque de l'accompagnement pour accéder au service.

Facteurs facilitant l'accès et la couverture des programmes PECMAS/PECMAM

Malgré la faible reconnaissance de la malnutrition par les accompagnants des cas MAS non-couverts, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant a été citée comme le principal facteur motivant l'inscription au programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS couverts dans les deux districts. Ceci est très encourageant et confirme l'importance d'un bon diagnostic de la maladie au ménage.

Dans le district d'Ampanihy, la maladie diagnostiquée par le personnel de santé a été citée comme le deuxième facteur facilitateur le plus important pour le programme PECMAS. D'ailleurs, la guérison de l'enfant connu a motivé un accompagnant MAS d'inscrire son enfant au programme PECMAS. Ceci est intrinsèquement lié à la réputation et l'appréciation du programme dans la communauté, qui s'est aussi démontré comme un facteur facilitateur dans le district d'Ambovombe.

Les mêmes tendances se démontrent valables pour le programme PECMAM avec la reconnaissance de la maladie chez l'enfant étant un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy ainsi que dans le district d'Ambovombe. D'autres facteurs facilitateurs du programme PECMAM dans les deux districts incluent le soutien et l'encouragement des agents communautaires et des leaders communautaires, soutenu par d'autres membres de famille et/ou des voisins. Ceci indique une forte influence communautaire qui devrait être exploitée davantage afin d'améliorer la couverture du programme PECMAM dans la zone enquêtée.

Recommandations

Suite aux résultats de l'évaluation SLEAC présentés dans le présent rapport, les recommandations suivantes ont été élaborées afin d'adresser les facteurs de blocage principaux identifiés et ainsi améliorer la couverture des programmes PECMAS et PECMAM dans la prochaine période de programmation.

- I. Evaluer les stratégies d'engagement communautaire existantes et rechercher les synergies avec les autres initiatives dans le domaine de santé afin de permettre la diffusion efficace des messages clés et leur appropriation par les populations cibles, notamment en lien avec la reconnaissance de la malnutrition.
- II. Réaliser une analyse des goulots d'étranglement afin de diagnostiquer au profondeur les points forts et les points faibles des programmes PECMAS/PECMAM en place et de développer des stratégies de réponse appropriées au contexte;
- III. Renforcer le système d'approvisionnement en intrants nutritionnels des CSB et/ou sites communautaires afin d'assurer leur disponibilité auprès des populations cibles;
- IV. Renforcer la collecte de données de routine dans toutes les domaines de nutrition, en intégrant quelques indicateurs clés de la couverture dans le système national de collecte de données routine de santé afin d'évaluer l'évolution des facteurs de blocage

et des facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS/PECMAM d'une manière régulière.

I. INTRODUCTION

La malnutrition aiguë (MA) affecte un grand nombre d'enfants à Madagascar et ainsi demeure un problème majeur de santé publique, notamment dans le Grand Sud du pays. Selon L'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2018 par l'Institut National de la Statistique (INSTAT), la malnutrition aiguë touche 6,0% d'enfants de moins de 5 ans, dont 5,0% sous forme modérée et 1,0% sous forme sévère. Pourtant, le taux de la malnutrition aiguë global (MAG) dans certains districts dans le sud du pays dépasse 10%².

Pour lutter contre la sous-nutrition, qui est au niveau mondial associée avec 45% de la mortalité infantile³, le gouvernement de Madagascar a élaboré un protocole national de la prise en charge de la malnutrition aiguë, mis à jour en 2018, qui permet la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire à travers les centres de récupération nutritionnelle ambulatoire pour les cas modérés (CRENAM) et au niveau des centres de santé de base (CSB) à travers les centres de récupération nutritionnelle ambulatoire pour les cas sévères sans complications (CRENAS) et les centres de récupération nutritionnelle intensive pour les cas sévères avec les complications (CRENI).

À l'heure actuelle, le programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PECMAM) est mis en œuvre dans les trois régions du Sud de Madagascar (Androy, Anosy et Atsimo Andrefana) par l'Office National de la Nutrition (ONN) avec le soutien du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et de la Banque Mondiale (BM), en collaboration avec des nombreuses organisations non-gouvernementales (ONG) dans près de 1,200 sites de nutrition communautaires et par le biais de points avancés.

Une enquête SLEAC menée par Action Contre la Faim (ACF) pour Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en 2017 a évalué le taux de couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) dans les districts sanitaires d'Ampanihy et Betioky dans la région d'Atsimo Andrefana. Selon les résultats, la couverture dans les deux districts a été classifiée comme modérée, c'est-à-dire entre 20 et 50%, et ensuite elle a pu être estimée à 45.01% (IC 95% 39.62% - 50.40%), s'approchant du seuil SPHERE de 50% recommandé aux programmes PECMAS dans le milieu rural.

La couverture directe des programmes PECMAM n'a pas été encore effectuée et ne repose, pour l'instant, que sur des analyses de données secondaires. La plus récente estimation de la couverture indirecte effectuée en janvier 2018 a estimé la couverture du programme PECMAM entre 61% et 100%, dépendamment du district sanitaire⁴.

Etant donné qu'il est recommandé d'estimer la couverture des programmes de la prise en charge de la malnutrition aiguë à l'aide de la collecte de données primaires, une réalisation de l'enquête SLEAC a été jugée importante afin de d'orienter un développement des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë par un ensemble de partenaires dans le domaine de nutrition.

² Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo et District d'Ampanihy, Madagascar, 2019.

³ Black et al. Maternal and Child Nutrition 1 Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet, 2013.

⁴ Description de poste pour la consultance, Programme Alimentaire Mondial, Mai 2019.

Contexte nutritionnel

Les carences nutritionnelles se caractérisent par des manifestations anthropométriques, cliniques ou biologiques, et entraînent des risques élevés pour la santé de l'individu, en particulier pour celle des enfants âgés de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer. La malnutrition résulte d'insuffisances alimentaires et/ou de maladies, surtout infectieuses. Le complexe malnutrition-infection demeure un problème de santé publique important dans les pays en développement.

Dans le district d'Ampanihy, l'enquête SMART, réalisée par l'UNICEF en collaboration avec le District Sanitaire d'Ampanihy, la Direction Régionale de la Santé et l'ONN en avril 2017, a mis en évidence une prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) de 8,5% [6,6-10,8] et une prévalence de MAS de 0,9% [0,5-1,6]. L'année suivante, l'enquête SMART, réalisée par les mêmes partenaires en mars 2018, a signalé une prévalence de MAG de 10,1% [7,2-14,1] et une MAS de 1,1% [0,5-2,2]. Ces deux prévalences de MAG sont considérées comme « moyen » et « élevés », respectivement, par les seuils de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2018.

La dernière enquête SMART, réalisée par Action Contre la Faim en collaboration avec le District Sanitaire d'Ampanihy, la Direction Régionale de la Santé et l'ONN en mai 2019, montre une prévalence de MAG de 11,3% [8,0-15,8], considéré comme « sérieuse » par les seuils de l'OMS de 2018. De plus, la valeur la plus haute de l'intervalle de confiance est supérieure au seuil « très élevé » de 15%. La prévalence de la malnutrition aigüe modérée (MAM) a été estimée à 10,1% [6,9-14,6] et la prévalence de la malnutrition aigue sévère (MAS) à 1,2% [0,6-2,5].

La comparaison des taux de MAG entre 2017 et 2019 suggère une légère dégradation du contexte nutritionnel, probablement influencée à la fois par un contexte de sécurité alimentaire précaire et par l'épidémie de rougeole.⁵

D'ailleurs, l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), réalisée en 2018, a démontré une prévalence d'émaciation de 6%, une prévalence de retard de croissance de 38%, et une prévalence de l'insuffisance pondérale de 26% dans la région d'Atsimo Andrefana⁶.

Dans le district d'Ambovombe, une seule enquête SMART a été réalisée les dernières années par l'UNICEF en collaboration avec le District Sanitaire d'Ambovombe, la Direction Régionale de la Santé et l'ONN en avril 2017. Elle a mis en évidence une prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) de 9,7% [7,8-12,0] et la prévalence de la malnutrition aigue sévère (MAS) de 1,1% [0,6-2,1]. La prévalence de malnutrition chronique a été estimée comme élevée avec 47,8% [43,2-52,5] enfants touchés, dont 14,6 % [10,9-19,3] de manière sévère.

D'après les données du dépistage du premier trimestre 2019, réalisé par Cluster Nutrition⁷, la situation nutritionnelle globale dans le district d'Ambovombe a connu une forte dégradation. Cette situation pourrait être due à la période de soudure qui affecte presque toutes les

⁵ Rapport final de l'Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective dans trois districts du Grand Sud de Madagascar, 2019.

⁶ INSTAT UNICEF 2018 L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)

⁷ Résultats de la surveillance nutritionnelle dans huit districts du Sud de Madagascar, Bulletin d'information du Cluster Nutrition, 1er trimestre 2019.

communes. Ceci a placé le district en urgence nutritionnelle avec un proxy SAM de 2,2% et de proxy MAM de 10,9%.

II. OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général de cette enquête est d'évaluer le taux de la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PECMAM) ainsi que le taux de la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) et d'identifier les barrières d'accès au traitement pour chacun dans le district sanitaire d'Ampanihy et Ambovombe au sud de Madagascar selon la méthodologie SLEAC.

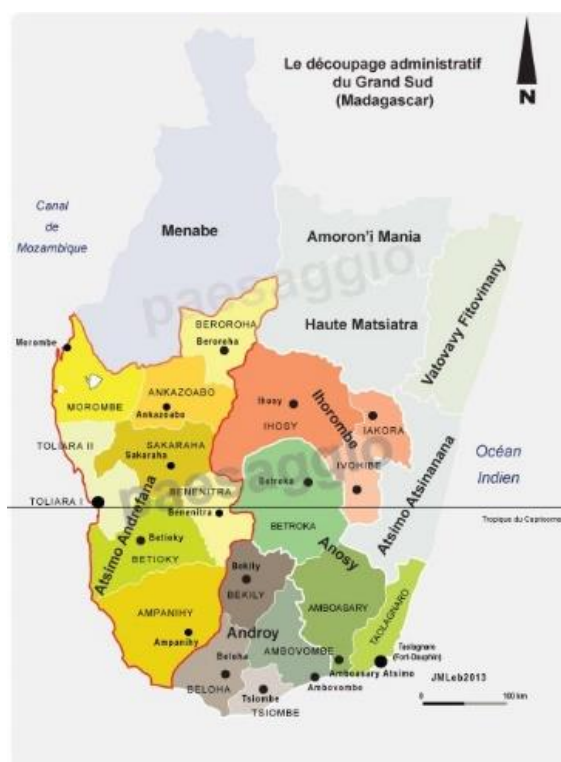


FIGURE 1. Carte du Grand Sud du Madagascar

Objectifs spécifiques

- Renforcer les capacités nationales en matière de méthodologies d'enquêtes de couverture (SQUEAC/SLEAC) des programmes de la prise en charge de la malnutrition aiguë à travers un atelier de sensibilisation (demi-journée) organisé à Antananarivo ;
- Renforcer les capacités nationales et régionales en matière de méthodologies d'enquêtes de couverture (SQUEAC/SLEAC) des programmes de la prise en charge de la malnutrition aiguë à travers une formation pratique (3-4 jours) organisée à Antananarivo, suivie par une mise en œuvre de l'enquête de couverture dans le district sanitaire d'Ampanihy et Ambovombe au sud de Madagascar selon la méthodologie SLEAC ;
- Classifier la couverture des programmes PECMAM et PECMAS dans les districts sanitaires sélectionnés selon la méthodologie SLEAC, utilisant un système de classification de trois tiers ;
- Estimer la couverture unique des programmes PECMAM et PECMAS dans les districts sanitaires sélectionnés, si possible ;

- Identifier et analyser les facteurs de blocage à l'accès et à la couverture des services des programme PECMAM et PECMAS dans les districts sanitaires sélectionnés;
- Identifier et analyser les facteurs facilitant l'accès et la couverture des programmes PECMAM et PECMAS dans les districts sanitaires sélectionnés;
- Générer des recommandations pratiques qui conduiront au meilleur accès et à la meilleure couverture des programmes PECMAM et PECMAS dans les districts sanitaires sélectionnés.

III. METHODOLOGIE

Type de l'évaluation

La méthodologie SLEAC a été développée par Valid International, FANTA, BrixtonHealth, Concern Worldwide, Action Contre la Faim et World Vision afin de classer et/ou d'estimer la couverture des programmes de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë ainsi que d'identifier les barrières et facilitateurs d'accès au traitement.

La méthodologie SLEAC est la méthode la plus adaptée pour estimer la couverture des grandes zones géographiques. En d'autres mots, elle est utilisée pour les évaluations régionales ou nationales. Lors d'une telle évaluation, la couverture est typiquement (1) classifiée et géo-localisée sur une carte au niveau du district et (2) estimée à l'échelle régionale ou nationale.

La méthodologie SLEAC permet de décrire la couverture dans l'unité de prestation de services évaluée comme « la couverture faible », « la couverture modérée » ou « la couverture élevée ». La méthode de classification est dérivée de la technique de classification LQAS simplifiée qui permet une classification à deux ou trois niveaux. Dans la présente évaluation, une méthode de classification à trois niveaux a été utilisée dans le but de distinguer les unités de service à couverture très élevée des unités de services à couverture très faible (Cf. [Classification de la couverture du programme PECMAS](#)).

L'avantage de cette méthode est qu'il suffit d'utiliser un échantillon relativement petit (par exemple, n = 40) pour effectuer une classification précise et fiable.

A la suite des résultats de l'évaluation SLEAC, il est souvent utile pour le programme PECMAS d'investiguer en profondeur les barrières et facilitateurs d'accès au traitement dans les districts avec une couverture faible. Ceci se fait généralement par le biais d'une enquête SQUEAC. La figure 2 présente le diagramme de flux SLEAC-SQUEAC.

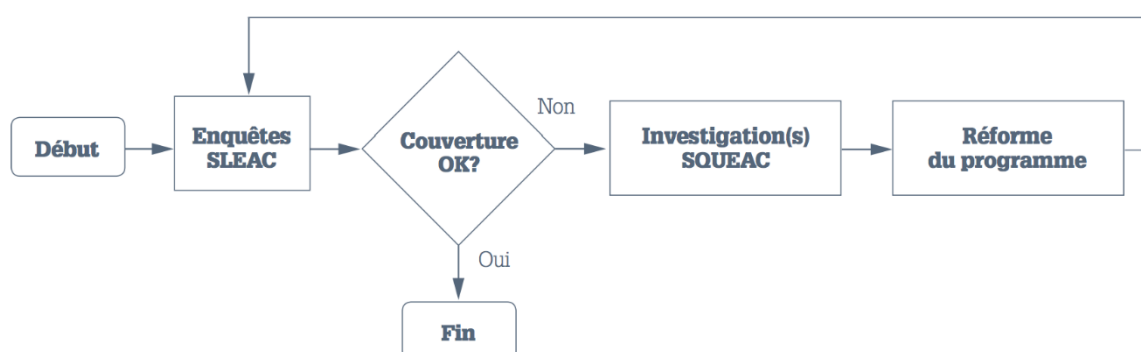


FIGURE 2. Diagramme de flux SLEAC-SQUEAC

Échantillonnage

La méthodologie SLEAC utilise un échantillonnage de sondage en grappe à deux niveaux. La méthode d'échantillonnage de premier degré doit être de type spatial pour obtenir un échantillon suffisamment uniforme de la zone d'intervention couverte par le programme. Ainsi, dans le but d'assurer une représentativité spatiale, les villages ont été d'abord sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié à partir d'une liste exhaustive des fokontany concernés et regroupés par district sanitaire/aire de santé (Cf. *Échantillonnage de premier degré*). Ensuite, l'échantillonnage au niveau des fokontany a suivi la méthode de recherche exhaustive des cas (Cf. *Échantillonnage de deuxième degré*) qui permet la recherche des tous enfants âgés de 6 à 59 mois dans les localités échantillonnées et leur classification selon les critères d'admission aux programmes PECMAS/PECMAM.

1. Échantillonnage de premier degré

Dans la première étape d'échantillonnage, une liste des villages pour chaque district sanitaire (DS), regroupés par aire de santé, a été obtenue du Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Ces listes, utilisées pour tous autres enquêtes sur le territoire malgache, ont servi comme base d'échantillonnage pour la sélection des villages géographiquement représentatifs de la zone d'enquête.

Pour déterminer un nombre de fokontany à visiter dans chaque DS, la méthode SLEAC utilise les estimations de la population et de la prévalence MAS/MAM par le périmètre brachial et/ou œdèmes bilatéraux afin d'assurer que la taille d'échantillon cible soit atteint. Les données les plus récentes du Ministère de la Santé Publique, y compris les derniers rapports SMART⁸ ont été utilisés à cet égard. Il est à noter que la prévalence de la MAS dans le district d'Ambovombe a été contestée lors de la présentation de la méthodologie de l'enquête SLEAC aux partenaires du Cluster Nutrition à Antananarivo le 14 Octobre 2019, pourtant les données les plus récentes et validées n'ont pas pu être obtenues.

Un nombre des cas MAS/MAM attendus lors de la collecte de données a été calculé avec la formule suivante :

$$\left| \text{pop. moyenne par village}_{\text{tous les âges}} \times \frac{\% \text{ de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100} \right|$$

Dans le cas de la présente évaluation il a été estimé qu'au moment de la collecte de données il y avait 1546 cas MAS dans le district d'Ampanihy et 950 cas dans le district d'Ambovombe. Etant donné qu'un nombre estimé des cas MAS dans les deux districts a été supérieur à 500, ceci a justifié l'utilisation d'une taille d'échantillon cible de 40 cas MAS (n = 40) dans chaque district dans lequel la couverture devrait être classée, ce qui représente un standard dans la plupart des utilisations de la méthodologie SLEAC.

District	Est. pop. 2017 (M/F)	Est. % 6-59 m	Est. pop. 6-59 m	Prevalence MAS	Prevalence MAM	Est. pop. SAM	Est. pop. MAM	Echantillon cible
Ampanihy	386,586	16.00%	61,854	2.50%	7.5%	1546	4639	40
Ambovombe	312,624	16.00%	50,020	1.90%	7.4%	950	3701	40

⁸ Enquêtes SMART Grand Sud, Mai 2019, couvrant District d'Ampanihy et Enquêtes SMART de 4 districts, Mai 2017, couvrant District d'Ambovombe.

TABLEAU 1. Calcul de la taille d'échantillon cible pour les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Nov.2019.

Ensuite, pour estimer un nombre de villages nécessaires dans chaque district sanitaire pour atteindre la taille d'échantillon cible, la formule suivante a été utilisée:

$$n_{\text{villages}} = \left\lceil \frac{n}{\text{pop. moyenne par village}_{\text{tous les ages}} \times \frac{\% \text{ de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100}} \right\rceil$$

Ainsi, il a été calculé que les équipes de terrain devraient visiter 15 fokontany dans le district d'Ampanihy et 36 fokontany dans le district d'Ambovombe pour atteindre la taille d'échantillon cible. Pourtant, selon les recommandations de la méthodologie SLEAC, un nombre minimum de fokontany à visiter est ≥ 25 afin d'assurer une représentativité spatiale de l'échantillon dans chaque district sanitaire sélectionné. Ainsi, un nombre de fokontany à Ampanihy a été augmenté à 25. Les calculs détaillés se trouvent dans le tableau 2 ci-dessous.

District	Prevalence MAS ⁹	Prevalence MAM	Est. pop. SAM	Est. pop. MAM	Echantillon cible	Taille de village moyenne	Est. no. villages à visiter
Ampanihy	2.50%	7.50%	1546	4639	40	657	15 → 25
Ambovombe	1.90%	7.40%	950	3701	40	370	36

TABLEAU 2. Calcul d'un nombre de fokontany pour atteindre la taille d'échantillon cible dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Nov.2019.

Etapes de la procédure d'échantillonnage aléatoire pour chaque district sanitaire

- Identification des listes exhaustives de communes et fokontany pour chaque DS ;
- Calcul d'un intervalle d'échantillonnage (pas de sondage) à l'aide de la formule d'intervalle, en divisant le nombre total de fokontany par le nombre de fokontany à visiter.
- Sélection aléatoire d'un fokontany de départ à partir du haut de la liste à l'aide d'un nombre aléatoire compris entre 1 et la partie entière du pas de sondage généré par le générateur de nombres aléatoires.

La liste complète des fokontany échantillonnés se trouve dans l'Annexe 5.

2. Échantillonnage de deuxième degré

Dans la deuxième étape d'échantillonnage, l'objectif est d'identifier tous les « cas » MAS/MAM dans les fokontany échantillonnés, utilisant une méthode de la recherche exhaustive des cas, qui permet la recherche des tous les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les localités échantillonnées et leur classification selon les critères d'admission aux programmes PECMAS/PECMAM.

Le « cas » MAS a été défini comme tout enfant âgé de 6 à 59 mois présentant l'une des caractéristiques suivantes:

- PB < 115 mm et/ou

⁹ Estimations basées sur la prévalence MAS selon le périmètre brachial du dernier rapport SMART.

- Présence d'œdèmes bilatéraux

D'ailleurs, les enfants âgés de 6 à 59 mois avec le PB ≥ 115 mm et sans présence d'œdèmes bilatéraux seront aussi considérés comme les cas MAS (en voie de guérison) sous condition qu'ils suivent le traitement au programme PECMAS. Il est important à noter que l'enfant âgé de 6 à 59 mois présentant le PB ≥ 115 mm sans présence d'œdèmes bilatéraux mais suivant le traitement au programme PECMAM sera comme les cas MAM aux fins de cette enquête.

Les expressions locales utilisées pour décrire la malnutrition, y compris ses symptômes ou effets, ont été répertoriées par les équipes de terrain lors de leur formation et ajoutées au manuel de terrain afin de faciliter la recherche exhaustive des cas. Elles sont résumées dans le tableau 3 ci-dessous.

Malnutrition aigüe - marasme	
<i>alofisake</i>	maigreur, déshydratation
<i>tsy ampy sakafo</i>	manque de nourriture
<i>reraka</i>	fatigué, « manque de vie »
<i>tena reraka</i>	« malade mort »
<i>heatse</i>	maigre
<i>mahia</i>	maigre
<i>mangene</i>	peau plissé
<i>kaponono</i>	insuffisance du lait
<i>miboenatse</i>	insuffisance du lait
<i>beateke</i>	malade
Malnutrition aigüe - kwashiorkor	
<i>donadonake</i>	gonflement
<i>albumine</i>	gonflement
<i>halobotra</i>	gonflement
<i>mienatsenatse</i>	gonflement
<i>mibinabina</i>	gonflement

TABEAU 3. Liste terminologique relative à la recherche exhaustive des cas dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Lors de la collecte de données, les équipes ont rendu visite à tous les ménages de fokontany échantillonné ayant des enfants âgées de 6 à 59 mois, avec une attention particulière prêtée aux ménages avec les enfants 6 à 59 mois qui ont été récemment malades. Cela a assuré que les enfants à risque de malnutrition soient dépistés pendant l'évaluation, référés si besoin, et notés comme couverts, en voie de guérison ou non-couverts dans un programme PECMAS/PECMAM.

La recherche exhaustive des cas sur l'ensemble d'un fokontany échantillonné a été appliqué dans le cas de tous les fokontany avec moins de 100 enfants de 6 à 59 mois. Les fokontany plus peuplés ont été segmentés selon la méthodologie SMART et la recherche exhaustive des cas a été réalisée seulement dans le segment sélectionné au hasard.

Pour les enfants identifiées comme malnutries, une vérification visuelle sera effectuée pour déterminer si les enfants sont couverts ou non couverts par le programme PECMAS/PECMAM – ceci avec l'aide de carnet de santé et/ou les sachets de PlumpyNut© ou PlumpySup©, respectivement.

Collecte de données

La collecte des données a été réalisée à l'aide de questionnaires électroniques, administrés à travers des appareils portables (tablettes) et synchronisés sur un serveur de la plateforme KoboToolBox¹⁰.

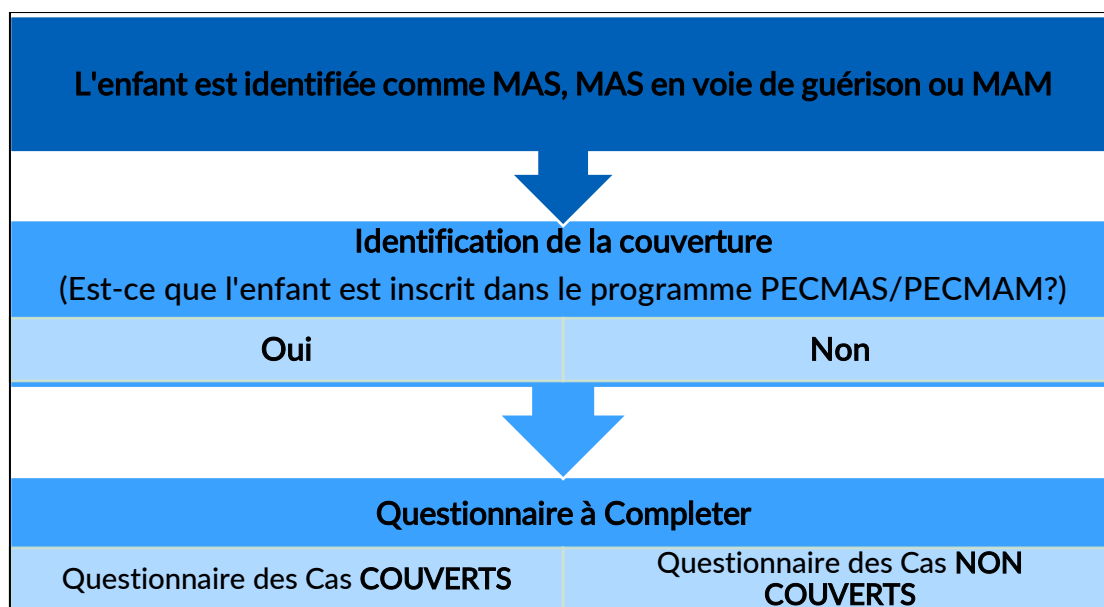
Pour les enfants avec le PB < 115 mm, les enfants avec les œdèmes bilatéraux (enfants atteints de la MAS) ou les enfants avec le PB ≥ 115 mm sans la présence d'œdèmes bilatéraux (enfants en voie de guérison), tous les trois inscrits au programme PECMAS, un questionnaire pour les accompagnants des cas MAS couverts (Cf. *Annexe 3.A*) a été utilisé. Ce questionnaire a permis d'évaluer l'accessibilité du programme PECMAS ainsi que la motivation des parents d'utiliser les services concernés aux centres de santé de base.

Dans le cas d'enfants identifiés comme atteints de la MAS qui ne sont pas inscrits au programme PECMAS, un questionnaire pour les accompagnants des cas MAS non-couverts (Cf. *Annexe 3.B*) a été utilisé. Ce questionnaire a permis d'évaluer les barrières d'accès au programme PECMAS.

Les accompagnants d'enfants avec le PB ≥ 115 mm sans la présence d'œdèmes bilatéraux, inscrits au programme PECMAM, ont été demandés de répondre au questionnaire pour les accompagnants des cas MAM couverts (Cf. *Annexe 3.A*). Ce questionnaire a permis d'évaluer l'accessibilité du programme PECMAM ainsi que la motivation des parents d'utiliser les services concernés.

Les accompagnants d'enfants avec le PB ≥ 115 mm mais ≤ 125 mm sans la présence d'œdèmes bilatéraux, qui ne sont pas inscrits au programme PECMAM, ont été demandés de répondre au questionnaire pour les accompagnants des cas MAM non-couverts (Cf. *Annexe 3.B*). Ce questionnaire a permis d'évaluer les barrières d'accès au programme PECMAM.

Le schéma ci-dessous représente l'arbre de décision qui guidera l'utilisation d'un questionnaire approprié.



¹⁰ <https://kobo.humanitarianresponse.info/>

D'ailleurs, lors d'un déploiement des questionnaires sur les tablettes, les questions d'introduction ajoutées au début d'un questionnaire électronique guideront le choix d'enquêteurs vers l'utilisation d'un questionnaire approprié. Par exemple, si un enquêteur sélectionne entre les valeurs PB pour l'enfant MAS et marque que l'enfant n'est pas dans le programme PECMAS, le questionnaire pour les cas MAS non-couverts sera automatiquement lancé.

Les enfants identifiés comme atteints de la MAS/MAM mais pas inscrits au programme PECMAS/PECMAM seront référés au prestataire de service le plus proche.

Les valeurs PB (en mm), la présence d'œdèmes bilatéraux et la définition de cas seront enregistrés pour tous les enfants dépistés à travers un résumé de la collecte de données que l'équipe complètera pour chaque fokontany échantillonné.

Organisation de l'évaluation

L'équipe SLEAC était composée d'un Responsable technique SLEAC¹¹, de 5 Responsables de l'Enquête, 5 Chefs d'équipe et 10 Enquêteurs. Les enquêteurs étaient divisés en 5 équipes de deux personnes (binômes). Chaque deux enquêteurs étaient supervisés par un chef d'équipe et un responsable de l'enquête, formant ainsi une unité de travail de 4 personnes. Chaque unité était assignée une liste de 11 à 14 fokontany échantillonnés à enquêter. Les villages assignés aux équipes ont été arrangés sur les axes principaux pour faciliter le déplacement entre les fokontany enquêtés et ainsi la meilleure efficacité de la collecte de données.

Vu un petit nombre des enfants dans les fokontany échantillonnés (dû aux imprécisions de données existantes et/ou du aux déplacements des populations, certains fokontany ont été remplacés et/ou des fokontany supplémentaires ont été ajoutés à l'échantillon dans l'objectif d'atteindre la taille d'échantillon cible.

La collecte de données s'est déroulée entre le 4 et le 17 Novembre 2019, soit 14 jours au total, y compris le déplacement et les jours de repos.

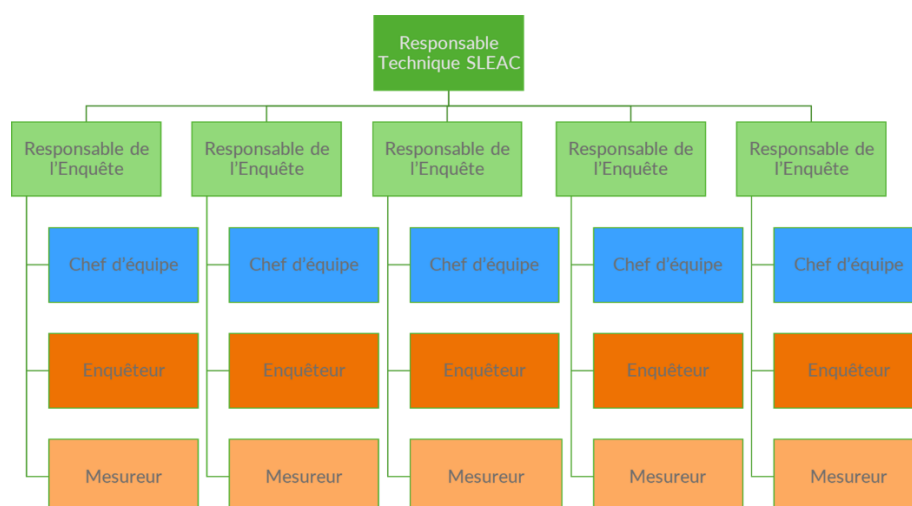


FIGURE 3. Organigramme de l'équipe de terrain lors de la recherche exhaustive des cas dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

¹¹ Senior Nutrition Assessment Advisor.

Afin d'assurer la haute qualité de travail selon les exigences méthodologiques SLEAC, un manuel de terrain a été préparé et distribué aux équipes de terrain. D'ailleurs, les chefs d'équipe et les responsables de l'enquête ont eu la responsabilité de prendre contact avec le responsable technique SLEAC au moindre doute et/ou à la fin de chaque journée de collecte de données. Les données collectées à travers les appareils portables ont été synchronisées sur le serveur KoboToolBox à chaque opportunité de connexion à l'internet.

Formation des équipes de terrain¹²

Tous les enquêteurs et chefs d'équipe ont suivi une formation de deux jours, comprenant des séances théoriques sur les objectifs de l'évaluation SLEAC, la méthodologie et les outils de collecte des données ainsi que des séances pratiques sur la prise de mesures anthropométriques par le périmètre brachial et les œdèmes. La formation a aussi intégré un module sur les concepts clés de la nutrition, la malnutrition et le programme PECMAS/PECMAM au Madagascar.

Les chefs d'équipe ont assisté à une formation d'un jour supplémentaire afin d'assurer qu'ils comprennent bien les exigences méthodologiques de la collecte de données ainsi que leurs rôles sur le terrain.

La formation a compris un test pilote, à savoir la recherche exhaustive des cas, qui a permis à toute l'équipe de mettre en application les connaissances nouvellement acquises, en offrant aux Responsables de l'Enquête une opportunité d'observer et corriger les erreurs de la collecte de données potentiels.

La formation a été assurée par les Responsables de l'Enquête, sous la supervision d'un Responsable technique SLEAC qui retient une expertise technique sur les méthodologies de la couverture SQUEAC/SLEAC. Elle a eu lieu à Amboasary avant le déploiement des équipes de terrain pour la collecte de données.

Limites de l'évaluation

- Rien à signaler.

Considérations éthiques

L'évaluation a été réalisée en respectant les principes éthiques suivants:

- Respect de l'anonymat et de la confidentialité ;
- Principe de non jugement ;
- Libre expression des personnes ;
- Fidélité des témoignages et opinions exprimés.

Les accompagnants des enfants atteints de la malnutrition aigüe sévère et/ou modérée qui ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation ont été informés des objectifs et de la confidentialité des informations partagées.

Les enfants de moins de 5 ans éligibles à une prise en charge de la malnutrition aigüe ont été systématiquement orientés et référés vers les centres de prise en charge les plus proches en cas de dépistage positif à la malnutrition aigüe sévère ou modérée.

¹² Superviseurs et enquêteurs.

Les familles et/ou membres des communautés ont été orientés vers les professionnels compétents en cas de sollicitation d'information et de sensibilisation sur la malnutrition aigüe.

D'ailleurs, les autorités de chaque district ont été contactées et dûment informées de la réalisation de l'évaluation dans leur zone. Les équipes de terrain ont eu aussi la responsabilité d'informer les responsables de chaque localité avant leur arrivée et solliciter leur appui, selon besoin.

IV. RÉSULTATS

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

L'équipe SLEAC a dépisté 1977 enfants dans le district d'Ampanihy et 1816 enfants dans le district d'Ambovombe, ce qui a abouti au dépistage de 61.65% d'enfants de 6 à 59 mois estimés dans les fokontany échantillonnés dans le district d'Ampanihy et 75.04% d'enfants dans le district d'Ambovombe¹³.

Parmi eux, l'équipe SLEAC a identifié 1837 enfants dans le district d'Ampanihy et 1686 dans le district d'Ambovombe avec un périmètre brachial égal ou supérieur à 125 mm, confirmant leur état nutritionnel satisfaisant par ce critère d'admission au PECMAS/PECMAM.

Ensuite, l'équipe a identifié 114 enfants dans le district d'Ampanihy et 107 dans le district d'Ambovombe avec un périmètre brachial entre 115 et 124 mm, sans œdèmes bilatéraux, c'est-à-dire des enfants atteints de malnutrition aigüe modérée. Parmi eux, 91 enfants à Ampanihy et 96 enfants à Ambovombe n'ont pas été inscrits au PECMAM, ce qui représente 79.82 % et 82.05% d'enfants éligibles à Ampanihy et Ambovombe, respectivement. Tous ces enfants ont été référés à l'unité de prestation de service la plus proche pour la vérification des critères d'éligibilité et l'inscription potentielle au programme.

En ce qui concerne les enfants avec le périmètre brachial inférieur à 115 mm et/ou avec les œdèmes bilatéraux, c'est-à-dire les enfants atteints de malnutrition aigüe sévère, l'équipe a identifié 26 cas à Ampanihy et 22 cas à Ambovombe. Aucun enfant a été atteint d'œdèmes bilatéraux (kwashiorkor).

Le résumé de la classification des mesures effectués lors de la recherche active et adaptative des cas figure dans le tableau 4 ci-dessous.

Catégorie	Ampanihy	Ambovombe	TOTAL
Population d'enfants 6-59 mois (est.)	3207	2420	5627
Enfants dépistés	1977 61.65%	1816 75.04%	3793 67.41%
Enfants ≥125 mm	1837 92.92%	1686 92.84%	3523 92.88%
Enfants 115-124 mm	114 5.77%	107 5.89%	221 5.83%
Enfants < 115 mm	26 1.32%	22 1.21%	48 1,27%
Enfants Œdèmes	0	0	0

¹³ Ceci se traduit en dépistage de 3.2% de TOUS les enfants 6 – 59 mois dans le district d'Ampanihy et 3.63% dans le district d'Ambovombe.

0.00%	0.00%	0.00%
-------	-------	-------

TABLEAU 4. Résumé de la classification des mesures effectués lors de la recherche exhaustive des cas (REC) dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Taille d'échantillon réel

La taille d'échantillon réel représente tous les cas de la malnutrition aigüe sévère ou modérée identifiés lors de la collecte de données, y compris les cas en voie de guérison inscrits au PECMAS ou PECMAM, même si leur périmètre brachial est égal ou supérieur à 115 ou 125 mm, respectivement.

Dans le district d'Ampanihy, la taille d'échantillon réel MAS a été de 31 cas (26 cas MAS + 5 cas en voie de guérison), ce qui représente 78% d'échantillon cible (n=40) qui a été établi avant le lancement de l'évaluation (Cf. *Échantillonnage*). Dans le district d'Ambovombe, la taille d'échantillon réel MAS a été de 25 cas (22 cas MAS + 3 cas en voie de guérison), ce qui représente 63% d'échantillon cible (n=40) qui a été établi avant le lancement de l'évaluation. Etant donné que la taille d'échantillon cible MAS n'a été atteinte ni dans le district d'Ampanihy ni dans le district d'Ambovombe, il n'est possible de classer la couverture du programme PECMAC dans aucun de deux districts.

Catégorie	Ampanihy	Ambovombe
Population estimée MAS/MAM	1546/4639	950/3701
Taille d'échantillon cible	40	40
Villages à visiter	25	36
Villages visités	28	37
Cas MAS (< 115 mm et/ou œdèmes) ¹⁴	26	22
Cas MAS EVG ¹⁵	5	3
Taille d'échantillon réel MAS	31	25
% d'échantillon cible	78%	63%
Cas MAM (≥ 115 mm ≤ 124) ¹⁶	109	105
Cas MAM EVG ¹⁷	9	3
Taille d'échantillon réel MAM	118	108
% d'échantillon cible	295%	270%

TABLEAU 5. Comparaison des tailles d'échantillon cible et réel dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

La taille d'échantillon réel MAM dans le district d'Ampanihy a été de 118 cas (109 cas MAM + 9 cas en voie de guérison), ce qui représente 295% d'échantillon cible (n=40). Dans le district d'Ambovombe, la taille d'échantillon réel MAM a été de 108 cas (105 cas MAM + 3 cas en voie de guérison), ce qui représente 270% d'échantillon cible (n=40). Vu le dépassement important de la taille d'échantillon cible MAM, il est possible de classer la couverture du programme PECMAM dans les deux districts.

Sexe

Parmi les enfants classifiés comme les cas MAS couverts (Cⁱⁿ) dans le programme PECMAS, y compris les cas en voie de guérison (Rⁱⁿ), dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, la différence entre les filles et les garçons n'est pas significative. Parmi les enfants non-couverts par le programme PECMAS (C^{out}) dans le district d'Ampanihy, les garçons sont plus représentés

¹⁴ Cas MAS couverts (Cⁱⁿ) + Cas MAS non-couverts (C^{out}).

¹⁵ Cas En Voie de Guérison (Rⁱⁿ).

¹⁶ Cas MAM couverts (Cⁱⁿ) + Cas MAM non-couverts (C^{out}).

¹⁷ Cas En Voie de Guérison (Rⁱⁿ).

(58%) pendant que cette relation est renversée et accentuée dans le programme PECMAS à Ambovombe où 78% des enfants non-couverts par les programme PECMAS sont les filles contre 22% des garçons.

Parmi les enfants classifiés comme les cas MAM couverts (C^{in}) par le programme PECMAM, y compris les cas en voie de guérison (R^{in}), dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, la différence entre les filles et les garçons n'est pas significative. Elle oscille entre 48% et 50%. La même tendance est observée parmi les enfants non-couverts par le programme PECMAM (C^{out}) dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe avec les filles étant légèrement surreprésentées.

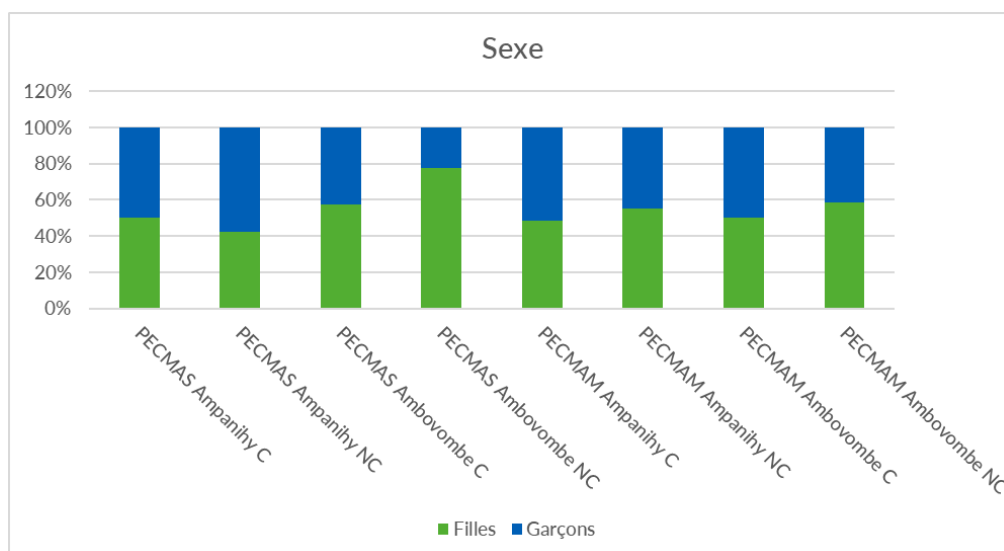


FIGURE 4. Répartition par sexe des cas couverts et non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Age

Parmi les enfants classifiés comme les cas MAS/MAM couverts (C^{in}) par les programmes PECMAS/PECMAM, y compris les en voie de guérison (R^{in}) et les cas MAS/MAM non-couverts (C^{out}), les analyses par tranche d'âge indiquent une plus grande vulnérabilité des enfants de 6 à 23 mois à la malnutrition aigüe par rapport les enfants de 24 à 59 mois – ce qui est une découverte fréquente dans les contextes divers. Dans le programme PECMAS, les enfants de 6 à 23 mois représentent une totalité des enfants inscrits dans le programme, dépistés lors de cette enquête dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe.

La représentation des enfants de 24 à 59 mois est plus évidente dans le programme PECMAM mais ne dépasse pas 25 et 26% dans le district d'Ambovombe et Ampanihy, respectivement, pour les cas couverts.

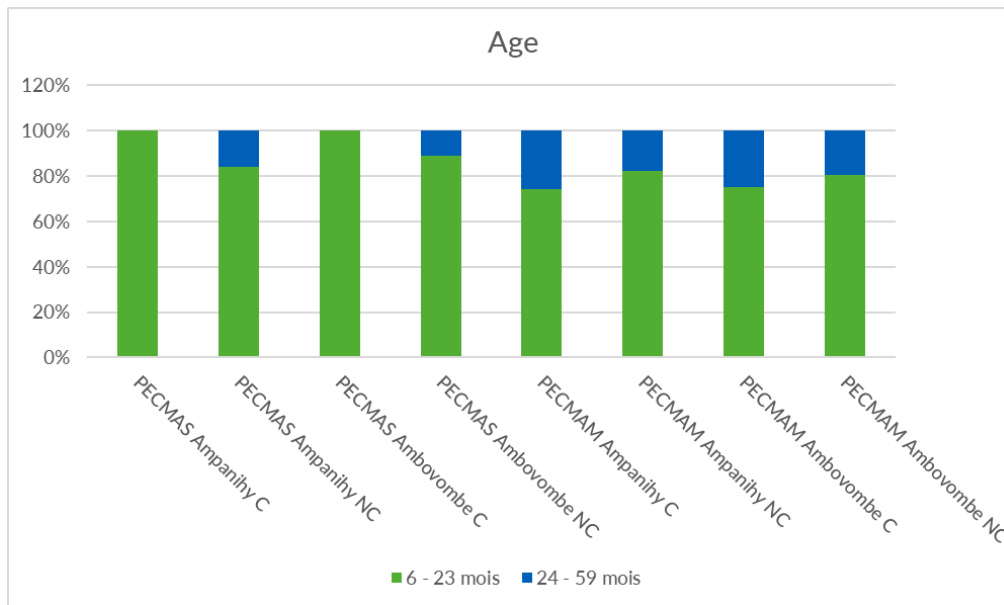


FIGURE 5. Répartition par tranches d'âge des cas couverts et non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Distance du centre de santé de base (CSB)

Afin de mieux comprendre la perception de la distance entre le village échantillonné et le CSB, les accompagnants des enfants couverts et non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM ont été demandés d'identifier le CSB et/ou le site communautaire le plus proche et la distance par rapport au fokontany en trois catégories : proche (<5 km), loin (5-10 km) et très loin (>10 km).

Dans le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, une grande majorité des enfants inscrits dans le programme (67% et 86%, respectivement) proviennent des fokontany qui se trouvent à moins de 5 km du centre du CSB. Pourtant, une majorité des enfants dépistés lors de l'enquête SLEAC qui remplissent les critères d'admission au programme PECMAS mais ne sont pas pris en charge dans le district d'Ampanihy viennent des fokontany très éloignés. La répartition par distance est plus équilibrée dans le district d'Ambovombe, néanmoins 56% d'enfants qui remplissent des critères d'admission au programme PECMAS mais ne sont pas pris en charge viennent des localités éloignées ou très éloignées.

Dans le programme PECMAM, la répartition par distance est plus équilibrée par rapport au programme PECMAS, ce qui indique une meilleure couverture géographique du programme et/ou le rapprochement vers les communautés. Pourtant, la distance continue d'être problématique dans le district d'Ampanihy où 74% des enfants non-couverts par le programme viennent des fokontany très éloignés.

Ceci suggère que la distance est une des barrières importantes dans le district d'Ampanihy (Cf. *Barrières d'accès au programme PECMAS/PECMAM*).

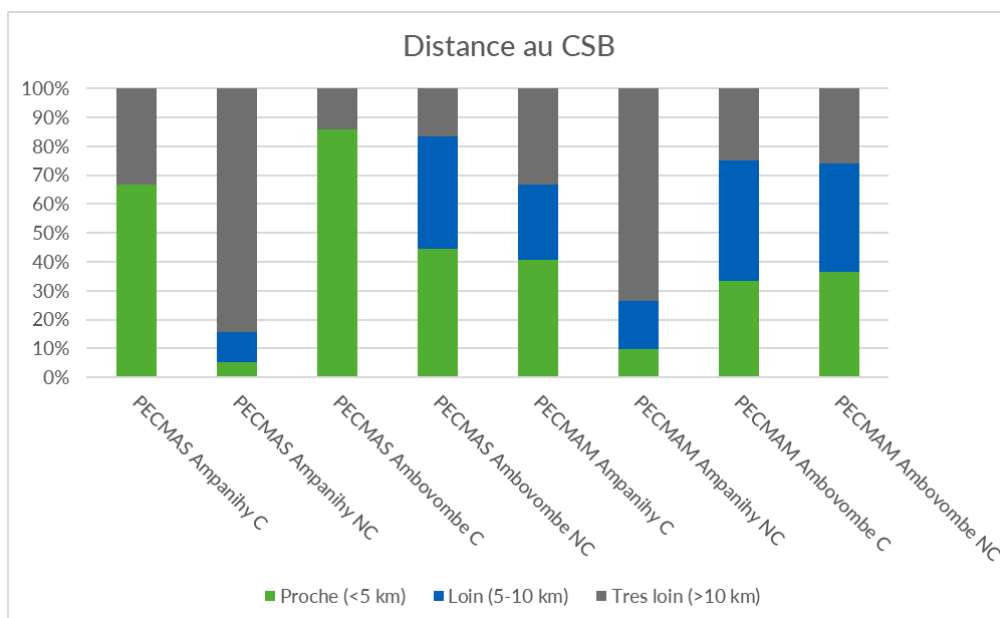


FIGURE 6. Perception de la distance entre le fokontany échantillonné et le centre de santé de base et/ou le site communautaire le plus proche pour les accompagnants des cas couverts et non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Périmètre brachial

La répartition des valeurs du périmètre brachial des enfants couverts ou non-couverts par le programme PECMAS dans le district d'Ampanihy indique que la majorité des enfants inscrits dans le programme avait un périmètre brachial supérieur à 110 mm. Pourtant 11 sur 19 enfants, soit 58%, qui remplissaient les critères d'admission au programme PECMAS au moment de l'enquête SLEAC avait un périmètre brachial inférieur à 110 mm et ainsi ils étaient à un plus grand risque des complications de santé et/ou la mort.

Dans le district d'Ambovombe, les enfants inscrits dans le programme PECMAS avait un périmètre brachial entre 104 et 129 mm. Ceci témoigne le bon fonctionnement du programme PECMAS en terme des inscriptions et des sorties opportunes, avec l'exception d'un cas à Ambovombe. Les enfants non-couverts par le programme PECMAS avait un périmètre brachial entre 100 et 114.

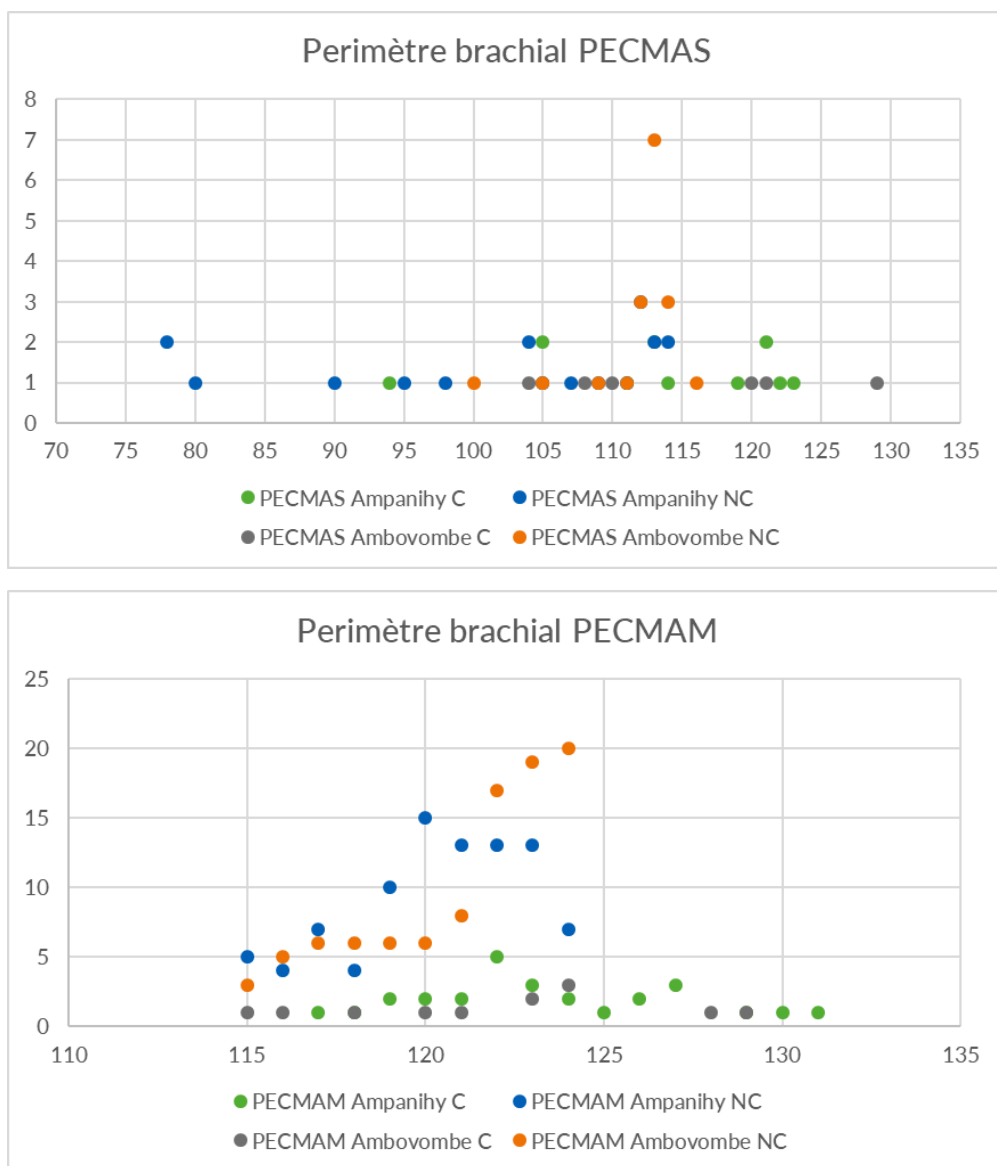


FIGURE 7a et 7b. Répartition des valeurs du périmètre brachial des cas couverts et non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

La répartition des valeurs du périmètre brachial des enfants couverts ou non-couverts par le programme PECMAM dans le district d'Ampanihy et Ambovombe indique que la majorité des enfants inscrits dans le programme et/ou ayant le droit, avait un périmètre brachial entre 115 et 125 mm. Ceci témoigne le bon fonctionnement du programme PECMAM en terme des inscriptions et des sorties opportunes. Pourtant, il est à noter que la majorité des enfants qui remplissaient les critères d'admission au programme PECMAM au moment de l'enquête SLEAC n'étaient pas dument pris en charge par le site communautaire le plus proche.

CLASSIFICATION ET ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU PROGRAMME PECMAS

Dans le district d'Ampanihy, l'équipe SLEAC a identifié 7 cas MAS couverts (C^{in}), 19 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 5 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 31 cas qui représente une taille d'échantillon réel.

Dans le district d'Ambovombe, l'équipe SLEAC a identifié 4 cas MAS couverts (C^{in}), 18 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 3 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 25 cas qui représente une taille d'échantillon réel.

Un nombre des cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}), qui est nécessaire pour la classification de la couverture, a été calculé en utilisant une formule ci-dessous.

$$R_{out} \approx \left[\frac{1}{k} \times \left(R_{in} \times \frac{C_{in} + C_{out} + 1}{C_{in} + 1} - R_{in} \right) \right]$$

Catégorie	Ampanihy	Ambovombe
Cas MAS couverts (C_{in})	7	4
Cas MAS non-couverts (C_{out})	19	18
Cas En Voie de guérison (R_{in})	5	3
Taille d'échantillon réel	31	25
Cas En Voie de guérison (R_{out})	3	3
TOUS	34	28

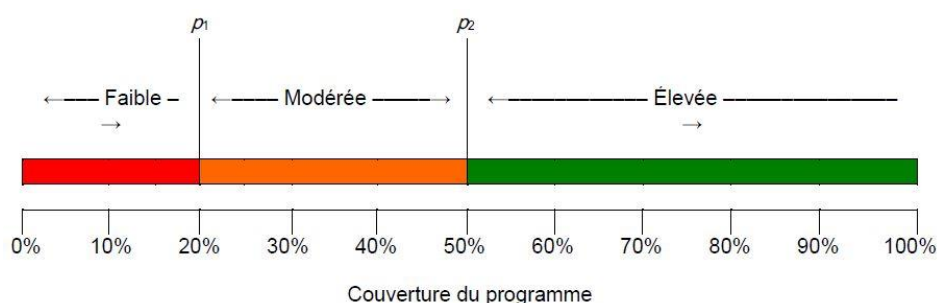
TABLEAU 6. Répartition des cas couverts et non-couverts par le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Les seuils de classification de la couverture ont été établis lors de la réunion du Comité de Pilotage à Antananarivo avant le lancement de l'évaluation de manière suivante :

Couverture faible : inférieure à 20 % (p^1),

Couverture modérée : entre 20 % et 50 % ;

Couverture élevée : supérieure à 50 % (p^2) (en ligne avec les standards SPHERE¹⁸).



¹⁸ Sphere Project, Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, 2011, 2011, disponible sur: <http://www.refworld.org/docid/4ed8ae592.html> [accédé 20 Novembre 2019].

Un nombre des cas (d^1 et d^2) définissant chaque seuil a été calculé à l'aide des formules appropriées figurant la Reference Technique SLEAC¹⁹ et présentées ci-dessous.

$$d_1 = \left\lceil n \times \frac{p_1}{100} \right\rceil \quad d_2 = \left\lceil n \times \frac{p_2}{100} \right\rceil$$

La valeur « n » représente tous les cas couverts et non-couverts identifiés lors de la collecte de données, y compris les cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}). Il s'agit de 34 cas dans le district d'Ampanihy et 28 cas dans le district d'Ambovombe²⁰.

Les tableaux 7 et 8 ci-dessous démontrent des calculs pour les seuils de classification de la couverture, d^1 et d^2 .

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
34	6	17	12	Impossible à classifier

TABLEAU 7. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAS dans le district d'Ampanihy, Madagascar, Nov. 2019.

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
28	5	14	7	Impossible à classifier

TABLEAU 8. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAS dans le district d'Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Vu qu'il n'a pas été possible d'atteindre la taille d'échantillon cible, il n'est pas possible de classifier la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe. Si la taille d'échantillon cible a été atteinte, on pourrait constater une couverture modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%, étant donné qu'un nombre des cas couverts ($C^{in}+R^{in}$) tombe entre les valeurs d^1 et d^2 .

D'ailleurs, vu que la taille d'échantillon cible n'a pas été atteinte, il n'est non plus possible d'estimer la couverture du programme PECMAS dans les deux districts.

Pourtant, étant donné que l'évaluation SLEAC a été développée pour la classification/estimation de la couverture du programme PECMAS au niveau régionale et/ou nationale, une classification et/ou estimation de la couverture à ce niveau pourrait être possible a) si la taille d'échantillon réel atteint au minimum 96% de la taille d'échantillon cible et b) si la couverture dans la zone enquêtée est homogène, c'est-à-dire globalement similaire sur l'ensemble du territoire de la zone enquêtée.

¹⁹ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

²⁰ Cf. Valeur "Tous" dans le tableau 6.

Le tableau 9 ci-dessous résume un nombre des cas par catégorie pour les deux districts enquêtés.

Catégorie	Ampanihy	Ambovombe	2 districts combinés
Cas MAS couverts (Cin)	7	4	11
Cas MAS non-couverts (Cout)	19	18	37
Cas En Voie de guérison (Rin)	5	3	8
Taille d'échantillon réel	31	25	56
Cas En Voie de guérison (Rout)	3	3	6
TOUS	34	28	62

TABLEAU 9. Répartition des cas couverts et non-couverts par le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

L'homogénéité de la couverture a été confirmée à travers un test du chi-carré χ^2 , selon lequel il n'y a pas une différence significative entre les résultats de deux districts. En ligne avec les consignes méthodologiques de l'évaluation SLEAC, détaillées dans la Reference Technique SLEAC²¹, une différence entre les unités de prestation de service inférieure à 3.48 confirme l'homogénéité des résultats. Dans le cas des districts d'Ampanihy et Ambovombe cette différence est 0.530960.

	n	O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
Ampanihy	34	12	10.419355	1.580645	2.498439	0.23978828
Ambovombe	28	7	8.580645	-1.580645	2.498439	0.29117148
	62	19				0.530960

TABLEAU 10. Eléments de calcul pour le test du chi-carré χ^2 pour la classification de la couverture combinée du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Ainsi, la classification de la couverture combinée du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est possible.

Le tableau 10 ci-dessous démontre des calculs pour les seuils de classification de la couverture combinée, d^1 et d^2 .

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
62	12	31	19	MODÉRÉE

TABLEAU 11. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture combinée du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Etant donné qu'un nombre des cas couverts ($C^{in}+R^{in}$) dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe tombe entre les valeurs d^1 et d^2 , on peut y constater une couverture modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%.

²¹ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

Vu qu'un nombre total des cas dans les deux districts n'atteint que 62 enfants, soit 77.5% de la taille d'échantillon cible, il n'est pas possible d'estimer la couverture combinée du programme PECMAS sur la zone enquêtée.

CLASSIFICATION ET ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU PROGRAMME PECMAM

Dans le district d'Ampanihy, l'équipe SLEAC a identifié 18 cas MAM couverts (C^{in}), 91 cas MAM non-couverts (C^{out}) et 9 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAM (R^{in}), soit un total de 118 cas qui représente une taille d'échantillon réel.

Dans le district d'Ambovombe, l'équipe SLEAC a identifié 9 cas MAM couverts (C^{in}), 96 cas MAM non-couverts (C^{out}) et 3 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAM (R^{in}), soit un total de 108 cas qui représente une taille d'échantillon réel.

Un nombre des cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAM (R^{out}), qui est nécessaire pour la classification de la couverture, a été calculé en utilisant la formule présentée sur le page 23 (Cf. *Classification de la couverture du programme PECMAS*).

Catégorie	Ampanihy	Ambovombe
Cas MAM couverts (C^{in})	18	9
Cas MAM non-couverts (C^{out})	91	96
Cas En Voie de guérison (R^{in})	9	3
Taille d'échantillon réel	118	108
Cas En Voie de guérison (R^{out})	14	9
TOUS	132	117

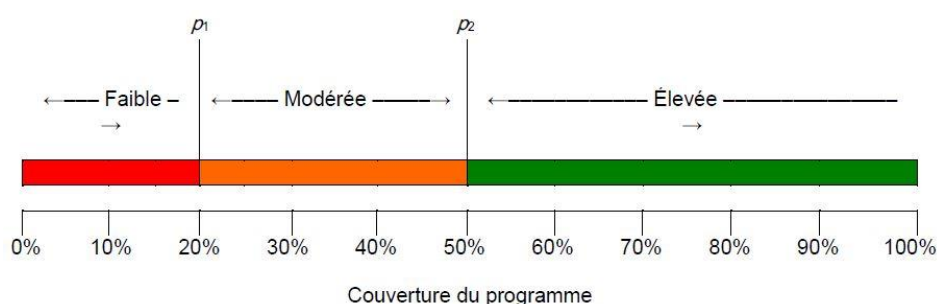
TABLEAU 12. Répartition des cas couverts et non-couverts par le programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Les seuils de classification de la couverture pour le programme PECMAM ont été établis lors de la réunion du Comité de Pilotage à Antananarivo avant le lancement de l'évaluation (Cf. *Classification de la couverture du programme PECMAS*) de manière suivante :

Couverture faible : inférieure à 20 % (p_1),

Couverture modérée : entre 20 % et 50 % ;

Couverture élevée : supérieure à 50 % (p_2) (en ligne avec les standards SPHERE²²).



²² Sphere Project, Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, 2011, 2011, disponible sur: <http://www.refworld.org/docid/4ed8ae592.html> [accédé 20 Novembre 2019].

Un nombre des cas (d^1 et d^2) définissant chaque seuil a été calculé à l'aide des formules appropriées figurant la Reference Technique SLEAC²³ et présentées ci-dessous.

$$d_1 = \left\lceil n \times \frac{p_1}{100} \right\rceil \quad d_2 = \left\lceil n \times \frac{p_2}{100} \right\rceil$$

La valeur « n » représente tous les cas couverts et non-couverts identifiés lors de la collecte de données, y compris les cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}). Il s'agit de 132 cas dans le district d'Ampanihy et 117 cas dans le district d'Ambovombe²⁴.

Les tableaux 13 et 14 ci-dessous démontrent des calculs pour les seuils de classification de la couverture, d^1 et d^2 .

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
132	26	66	27	MODERÉE

TABEAU 13. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy, Madagascar, Nov. 2019.

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
117	23	58	12	FAIBLE

TABEAU 14. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ambovombe Madagascar, Nov. 2019.

Vu qu'il a été possible d'atteindre la taille d'échantillon cible, il est possible de classer la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy comme modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%, étant donné qu'un nombre des cas couverts ($C^{in}+R^{in}$) tombe légèrement entre les valeurs d^1 et d^2 . La couverture dans le district d'Ambovombe peut être classifiée comme faible, c'est-à-dire inférieure à 20%, étant donné qu'un nombre des cas couverts ($C^{in}+R^{in}$) ne dépasse pas la valeur d^1 .

Selon la méthodologie SLEAC, l'estimation de la couverture unique du programme PECMAM est possible sous deux conditions. Premièrement, la taille d'échantillon réel doit atteindre au minimum 96% de la taille d'échantillon cible. Deuxièmement, la couverture dans la zone enquêtée doit être homogène, c'est-à-dire globalement similaire sur l'ensemble du territoire de la zone enquêtée.

Vu que la taille d'échantillon cible a été largement dépassée dans les deux districts (Cf. *Taille d'échantillon réel*), la première condition a été remplie pour le district d'Ampanihy ainsi que pour le district d'Ambovombe. En analysant les données collectées dans chaque fokontany visité, le

²³ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

²⁴ Cf. Valeur "Tous" dans le tableau 9.

même a été constaté pour la deuxième condition. L'estimation de la couverture est ainsi possible en utilisant la formule suivante figurant dans la Reference Technique SLEAC²⁵ et présentée ci-dessous.

$$Singlecoverage = \frac{C + R_{in}}{C_{in} + R_{in} + C_{out} + R_{out}}$$

Les tableaux 15 et 16 ci-dessous démontrent des calculs pour l'estimation de la couverture unique avec l'intervalle de confiance de 95%. La couverture du programme PECMAM est estimée à 20.45% (IC 95% 13.57% - 27.34%) dans le district d'Ampanihy et à 10.26% (IC 95% 4.76% - 15.75%) dans le district d'Ambovombe.

Cin	Cout	Rin	Rout	TOUS	Estimation de la couverture
18	91	9	14	132	20.45%
			Interval	Bas	Haut
			6.88%	13.57%	27.34%

TABLEAU 14. Eléments de calcul permettant l'estimation de la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy, Madagascar, Nov. 2019.

Cin	Cout	Rin	Rout	TOUS	Estimation de la couverture	
9	96	3	9	117	10.26%	
				Interval	Bas	Haut
				5.50%	4.76%	15.75%

TABLEAU 15. Eléments de calcul permettant l'estimation de la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

En vue d'estimer la couverture combinée du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, un test d'homogénéité chi-carré χ^2 a été réalisé. D'après les calculs, il y a une différence significative entre les résultats de deux districts et ainsi la couverture du programme PECMAM dans les deux districts est considéré avoir un caractère hétérogène. En ligne avec les consignes méthodologiques de l'évaluation SLEAC, détaillées dans la Reference Technique SLEAC²⁶, une différence entre les unités de prestation de service inférieure à 3.48 confirme l'homogénéité des résultats. Dans le cas des districts d'Ampanihy et Ambovombe cette différence est 4.118478. Pour cela l'estimation de la couverture combinée du programme PECMAM n'est pas possible.

²⁵ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

²⁶ Idem.

	n	O	E	(O-E)	(O-E) ²	(O-E) ² /E
Ampanihy	132	27	20.674699	6.325301	40.009435	1.93518831
Ambovombe	117	12	18.325301	-6.325301	40.009435	2.18328937
	249	39				4.118478

TABLEAU 16. Eléments de calcul pour le test du chi-carré χ^2 pour l'estimation de la couverture combinée du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

FACTEURS DE BLOCAGE À L'ACCES ET LA COUVERTURE DES PROGRAMMES PECMAS ET PECMAM

Les accompagnants de tous les enfants MAS non-couverts par le programme PECMAS ont été sollicités pour répondre à quelques questions cascades afin d'explorer les barrières d'accès au programme PECMAS. Un total de 19 accompagnants à Ampanihy et 18 à Ambovombe ont complétés le questionnaire respectif.

D'ailleurs, les accompagnants de tous les enfants MAM non-couverts par le programme PECMAM ont été sollicités pour répondre à quelques questions cascades afin d'explorer les barrières d'accès au programme PECMAM. Un total de 91 accompagnants à Ampanihy et 96 à Ambovombe ont complétés le questionnaire respectif.

Reconnaissance de la maladie

Le questionnaire pour les cas MAS/MAM non-couverts commence avec une question qui teste la reconnaissance de la maladie chez un enfant par son accompagnant. Parmi les accompagnants des enfants MAS non-couverts, 61% (n=11) des accompagnants dans le district d'Ambovombe et 68% (n=13) des accompagnants dans le district d'Ampanihy ont confirmé d'avoir reconnu que leur enfant était malade. Légèrement plus d'un tiers des accompagnants dans chaque district (39% et 32%, respectivement) n'ont pas observé la maladie chez leur enfant.

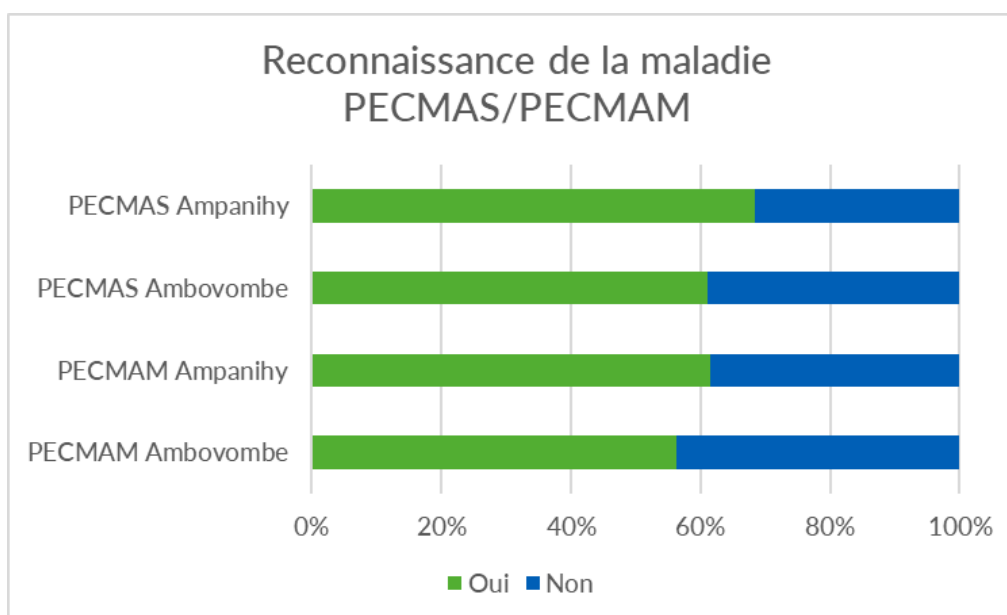


FIGURE 8. Reconnaissance de la maladie par les accompagnants des cas MAS et MAM non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Parmi les accompagnants des enfants MAM non-couverts, 56% (n=54) des accompagnants dans le district d'Ambovombe et 62% (n=56) des accompagnants dans le district d'Ampanihy ont confirmé d'avoir reconnu que leur enfant était malade. La proportion des accompagnants des enfants MAM non-couverts qui n'ont pas observé la maladie chez leur enfant est ainsi plus élevé mais aussi logique, étant donné que la malnutrition aigue modérée est visuellement plus difficile à détecter.

Suite à ces résultats, il est possible à constater que la reconnaissance de la maladie comme telle ne représente pas une barrière à l'accès aux programmes PECMAS/PECMAM.

Reconnaissance de la malnutrition

Le questionnaire pour les cas MAS/MAM non-couverts continue avec des questions sur la reconnaissance des symptômes et des causes de la maladie reconnue chez un enfant par son accompagnant. Parmi les accompagnants des enfants MAS non-couverts dans le district d'Ampanihy, 38% (n=5) des accompagnants ont observé la toux chez leurs enfants, pendant que 30% (n=4) ont observé la fièvre ou la diarrhée. Parmi les accompagnants des enfants MAS non-couverts dans le district d'Ambovombe, 45% (n=5) des accompagnants ont observé la fièvre et/ou la diarrhée et 36% (n=4) ont observé le vomissement.

Les résultats sont comparables parmi les accompagnants des cas MAM non-couverts dans le district d'Ampanihy et Ambovombe, avec la majorité des accompagnants observant les symptômes de la fièvre (27% et 41%, respectivement) et/ou la diarrhée (38% et 31%, respectivement) chez un enfant. Dans le district d'Ampanihy, 18% (n=10) accompagnants ont observé un manque d'appétit chez un enfant pendant que c'était plutôt la toux qui a préoccupé les accompagnants dans le district d'Ambovombe, en tant que le troisième symptôme le plus cité.

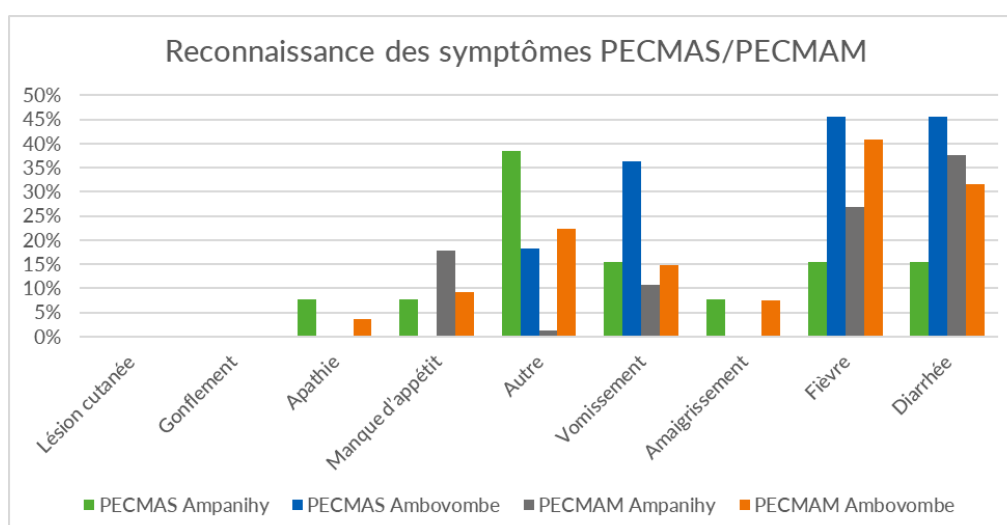


FIGURE 9. Reconnaissance des symptômes de la maladie par les accompagnants des cas MAS et MAM non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

La reconnaissance des autres symptômes, telles que la lésion cutanée, le gonflement et/ou l'apathie est minime ou non-existante.

A la question portant sur la maladie qui a causé les symptômes dont souffrait leur enfant, 54% (n=7) des accompagnants des cas MAS non-couverts dans le district d'Ampanihy et 55% (n=6) des accompagnants dans le district d'Ambovombe ont répondu qu'ils ne le savaient pas. Parmi les accompagnants des cas MAM non-couverts, 79% (n=44) des accompagnant à Ampanihy et 70% (n=38) à Ambovombe ont déclaré qu'ils ne connaissent pas la maladie dont souffrait leur enfant.

Seulement un faible pourcentage des accompagnants des cas MAS non-couverts (15% (n=2) à Ampanihy et 9% (n=1) à Ambovombe) ont cité l'amaigrissement et la malnutrition n'a été citée que par 8% (n=1) des accompagnants à Ampanihy et par aucun accompagnant à Ambovombe.

Les résultats pour les accompagnants des cas MAM non-couverts sont similaires avec 11% (n=6) des accompagnants à Ampanihy et 17% (n=9) des accompagnants à Ambovombe reconnaissant l'amaigrissement et 4% (n=2) d'eux dans les deux districts reconnaissant la malnutrition.

Autrement dit, il est possible à constater que les parents ont démontré une capacité d'observation que leur enfant n'allait pas bien mais ils n'ont pas pu identifier la maladie dont il souffrait. Ceci est problématique particulièrement de point de traitement car la reconnaissance ou la non-reconnaissance de la malnutrition influence le choix du traitement et/ou l'ensemble de l'itinéraire thérapeutique. Il est ainsi important que les accompagnants sachent reconnaître la malnutrition et emmènent leurs enfants pour le traitement approprié au sein des centres de santé de base et/ou les sites communautaires.

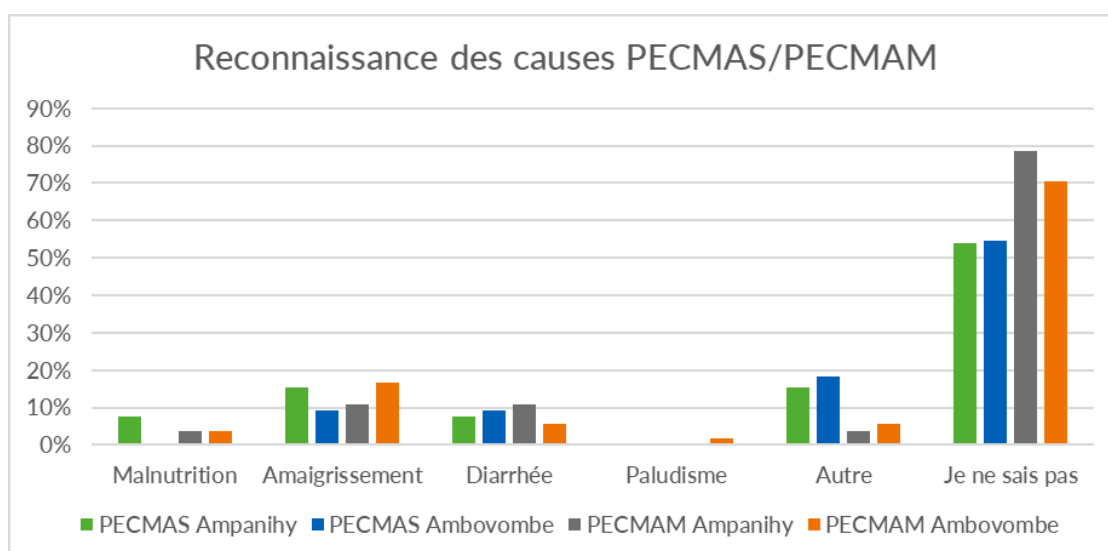


FIGURE 10. Reconnaissance des causes de la maladie par les accompagnants des cas MAS et MAM non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Itinéraire thérapeutique

Comme il a été mentionné ci-dessus, la reconnaissance de la malnutrition ou quel que soit la maladie a un impact direct sur le choix thérapeutique des parents.

Dans le district d'Ampanihy, 46% (n=6) des accompagnants des cas MAS non-couverts par le programme PECMAS ont cité une consultation au CSB en tant que traitement préféré pour soigner les symptômes dont souffrait leur enfant. La consultation par le tradipraticien a été mentionnée au deuxième lieu (31%, n=4), suivi par l'utilisation des herbes médicinales (15%, n=2).

Dans le district d'Ambovombe, 55% (n=6) des accompagnants des cas MAS non-couverts par le programme PECMAS ont aussi donné la préférence à la consultation au CSB, suivi par l'achat des produits médicinaux au marché (36%, n=4) et à la pharmacie (9%, n=1). Un accompagnant a mentionné qu'elle a choisi de ne pas traiter la maladie de son enfant.

Approximativement 40% des accompagnants des cas MAM non-couverts par le programme PECMAM dans les deux districts ont confirmé de recourir au CSB pour le traitement des symptômes dont souffrait leur enfant. Pendant que 32% (n=18) des accompagnants à Ampanihy ont choisi d'acheter les produits médicinaux au marché et 9% (n=1) des accompagnants à la pharmacie, les accompagnants à Ambovombe ont recouru aux mêmes soins mais de manière renversée, avec 24% (n=13) des accompagnants choisissant des produits médicinaux achetés à la pharmacie et 19% (n=9) au marché.

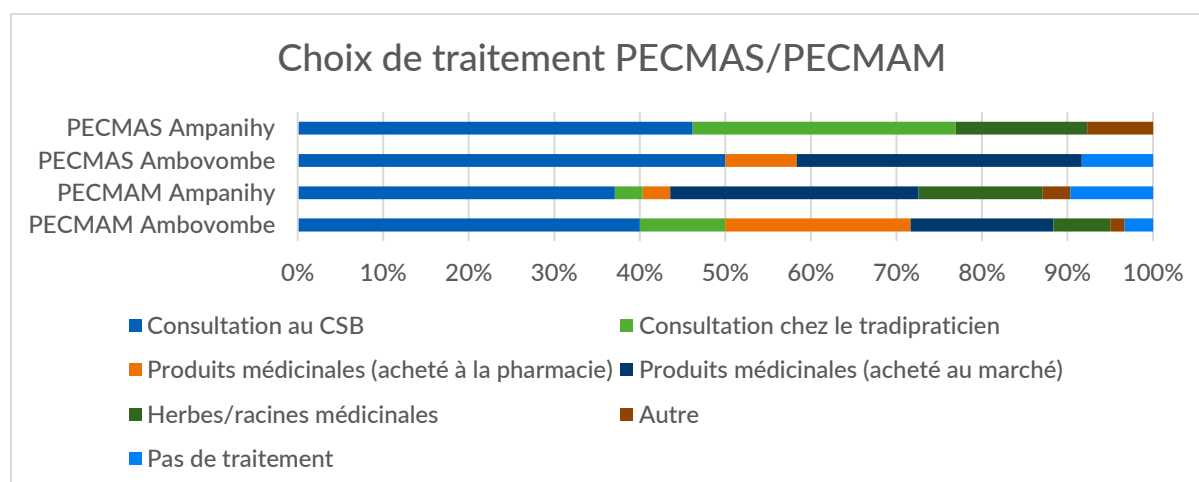


FIGURE 11. Choix thérapeutique des accompagnants des cas MAS et MAM non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Prise de décision

La prise de décision sur le traitement d'un enfant n'est pas automatiquement accordée à la mère. Selon le contexte et circonstances, la décision peut être prise par une autre personne et/ou par plusieurs.

Dans le district d'Ampanihy, seulement 38% (n=5) des accompagnants des cas MAS non-couverts par le programme PECMAS ont admis d'avoir eu le pouvoir décisionnaire sur le traitement de leur enfant. D'autres ont partagé le pouvoir avec le père de l'enfant (n=4) et/ou avec les grands-parents (n=3). Un seul accompagnant a signalé que la décision sur la question appartient au père de l'enfant.

Dans le district d'Ambovombe, 82% des accompagnants des cas MAS non-couverts (n=9) ont admis d'avoir fait la décision sur le traitement de leur enfant. D'autres ont partagé le pouvoir décisionnaire avec le père de l'enfant et/ou les grands parents.

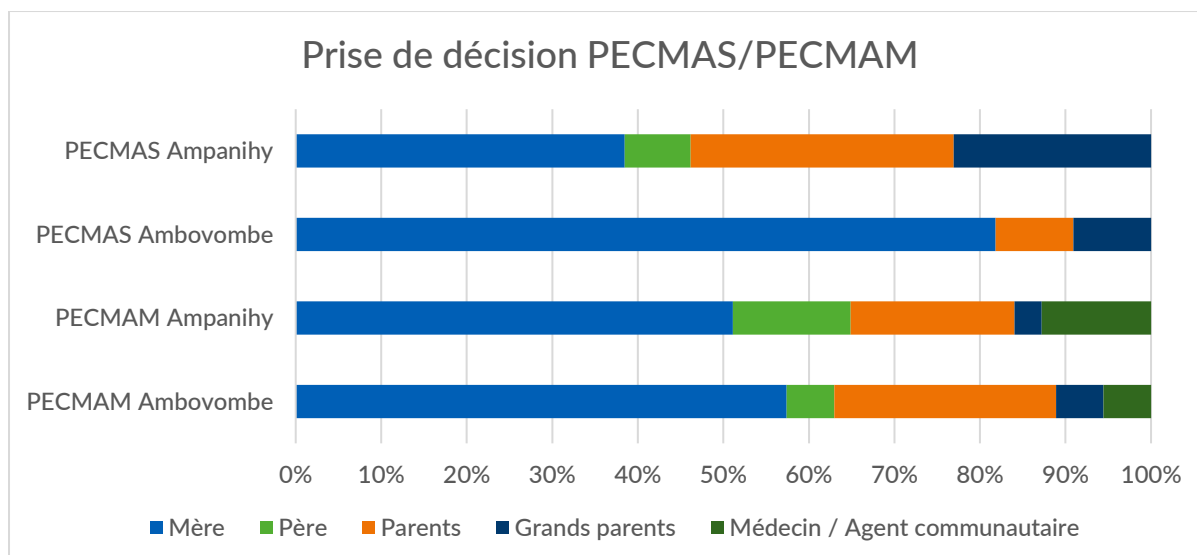


FIGURE 12. Décisionnaires des choix thérapeutiques des cas MAS non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

En ce qui concerne le programme PECMAM, 57% (n=32 à Ampanihy et n=31 à Ambovombe) des accompagnants des cas MAM non-couverts par le programme PECMAM dans les deux districts ont admis d'avoir le pouvoir décisionnaire sur le traitement de leur enfant. D'autres ont partagé le pouvoir avec le père de l'enfant (n=12 à Ampanihy et n=14 à Ambovombe) et/ou avec les grands-parents (n=2 à Ampanihy et n=3 à Ambovombe). Le pouvoir décisionnaire accordé au père de l'enfant uniquement a été plus observé (n=2) dans le district d'Ampanihy.

Connaissance du programme PECMAS/PECMAM

Si un parent reconnaît la maladie d'un enfant mais ne connaît pas ou n'est pas suffisamment informé sur l'existence et/ou le mode de fonctionnement du programme PECMAS/PECMAM, ceci représente une barrière naturelle à l'accès et la couverture du programme.

Dans le district d'Ampanihy, seulement 38% (n=5) des accompagnants des cas MAS non-couverts par le programme PECMAS étaient au courant d'une existence de ce service dans le centre de santé de base à leur proximité. Les résidents du district semblent être plus familiers avec le programme PECMAM, 63% (n=35) d'entre eux confirmant d'être informés de l'existence du programme au niveau des sites communautaires.

Dans le district d'Ambovombe, le programme PECMAS semble être un peu plus connu qu'à Ampanihy avec 55% (n=6) des accompagnants des cas MAS non-couverts confirmant la connaissance du service offert au niveau de CSB. Par contre, le programme PECMAM paraît un peu moins connu avec seulement 26 accompagnants des cas MAM non-couverts, soit 48%, étant familier avec le programme.

Autrement dit, la connaissance du programme représente une barrière importante à l'accès et la couverture du programme PECMAS à Ampanihy et du programme PECMAM à Ambovombe.

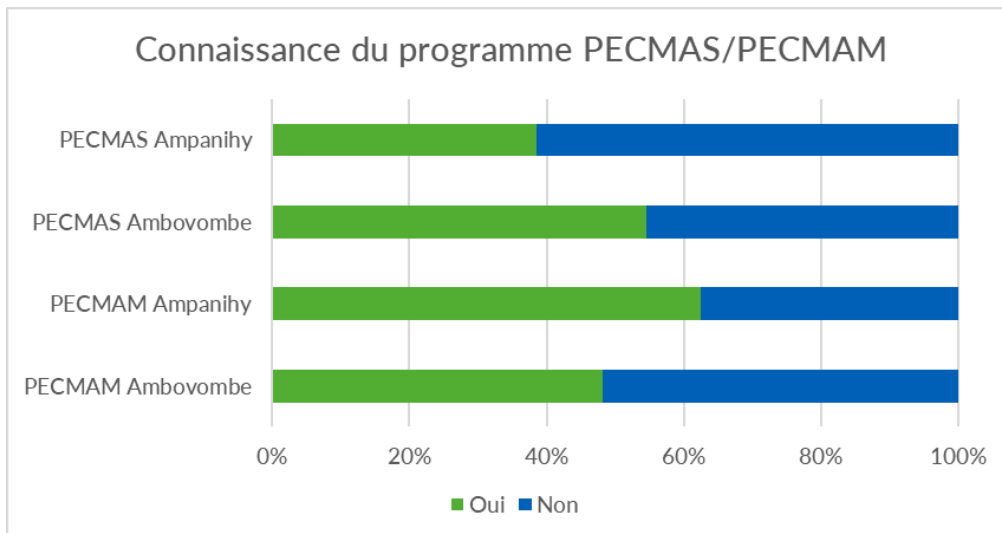


FIGURE 13. Connaissance du programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS non-couverts par les programmes PECMAS et PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Barrières d'accès au programme PECMAS

Si un parent a été informé de l'existence du programme PECMAS, les enquêteurs ont poursuivi le questionnement sur les barrières d'accès au traitement.

Dans le district d'Ampanihy, un rejet précédent de l'enfant (n=2) représente une barrière principale au programme. Un manque des moyens de déplacement (n=1) et/ou pour le traitement (n=1) et une préférence du traitement traditionnel (n=1) ont été aussi cités.

Dans le district d'Ambovombe, un manque d'accompagnement au CSB (n=3) représente une barrière principale au programme. Semblablement à Ampanihy, les accompagnants des MAS non-couverts dans le district ont mentionné un manque des moyens financiers pour le déplacement (n=1) et une préférence du traitement traditionnel (n=1). Un accompagnant a déclaré d'avoir peur du séjour hospitalier qui a découragé l'inscription de son enfant au programme.

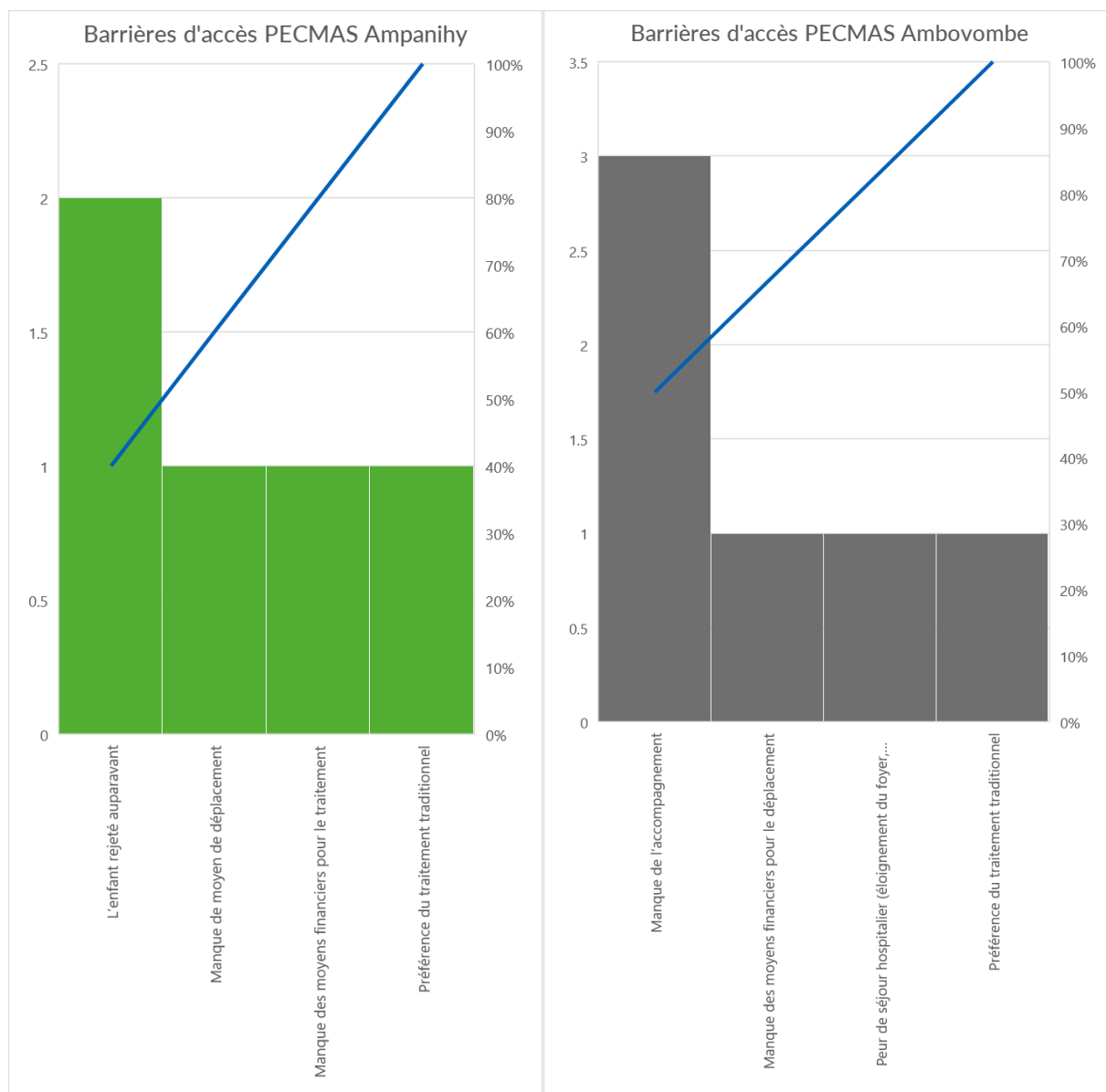


FIGURE 14. Barrières d'accès au traitement dans le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La Figure 15 ci-dessous résume les facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, soulignant les différences subtiles entre les deux districts. Pendant que la non-reconnaissance de la malnutrition et du programme PECMAS sont des facteurs importants limitant l'accès au programme PECMAS dans les deux districts, un rejet précédent de l'enfant s'avère problématique à Ampanihy pendant que les accompagnants à Ambovombe souffrent plutôt d'un manque de l'accompagnement. Un manque des moyens de déplacement et/ou un manque des moyens financiers pour le déplacement et/ou la préférence du traitement traditionnel semblent bloquer l'accès au programme dans les deux districts. Dans le district d'Ambovombe, un accompagnant a mentionné la peur du séjour hospitalier qui a découragé l'inscription de son enfant au programme.

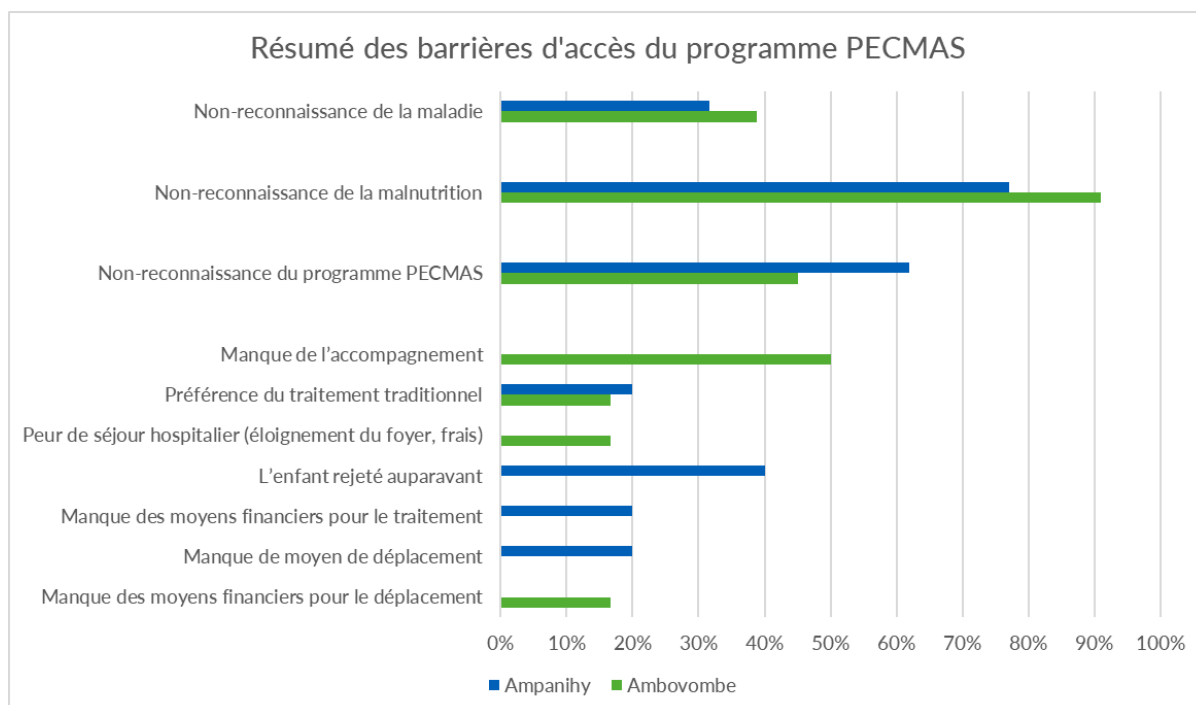


FIGURE 15. Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Barrières d'accès au programme PECMAM

Si un parent a été informé de l'existence du programme PECMAM, les enquêteurs ont poursuivi le questionnement sur les barrières d'accès au traitement.

Dans le district d'Ampanihy, une faible croyance que le traitement peut aider l'enfant (n=5) représente une barrière principale au programme. Un site communautaire étant trop loin (n=4) ensemble avec un manque des moyens financiers pour le déplacement (n=4) représente une barrière géographique/financière importante au traitement, suivi par un manque de l'accompagnement (n=4). D'autres barrières citées incluent l'insécurité (n=3), le rejet précédent l'enfant (n=3) ainsi que l'occupation de l'accompagnant (n=2).

Dans le district d'Ambovombe, le rejet précédent de l'enfant (n=5) et le rejet précédent de l'enfant connu (n=3) représentent une barrière principale au programme. Un manque de l'accompagnement (n=4) constitue une barrière importante au traitement, suivi par une préférence du traitement traditionnel (n=3). D'autres barrières citées incluent la peur de séjour hospitalier (n=2), la maladie de l'accompagnant (n=2) ainsi que la quantité de PlumpySup® insuffisante pour justifier le déplacement (n=2).

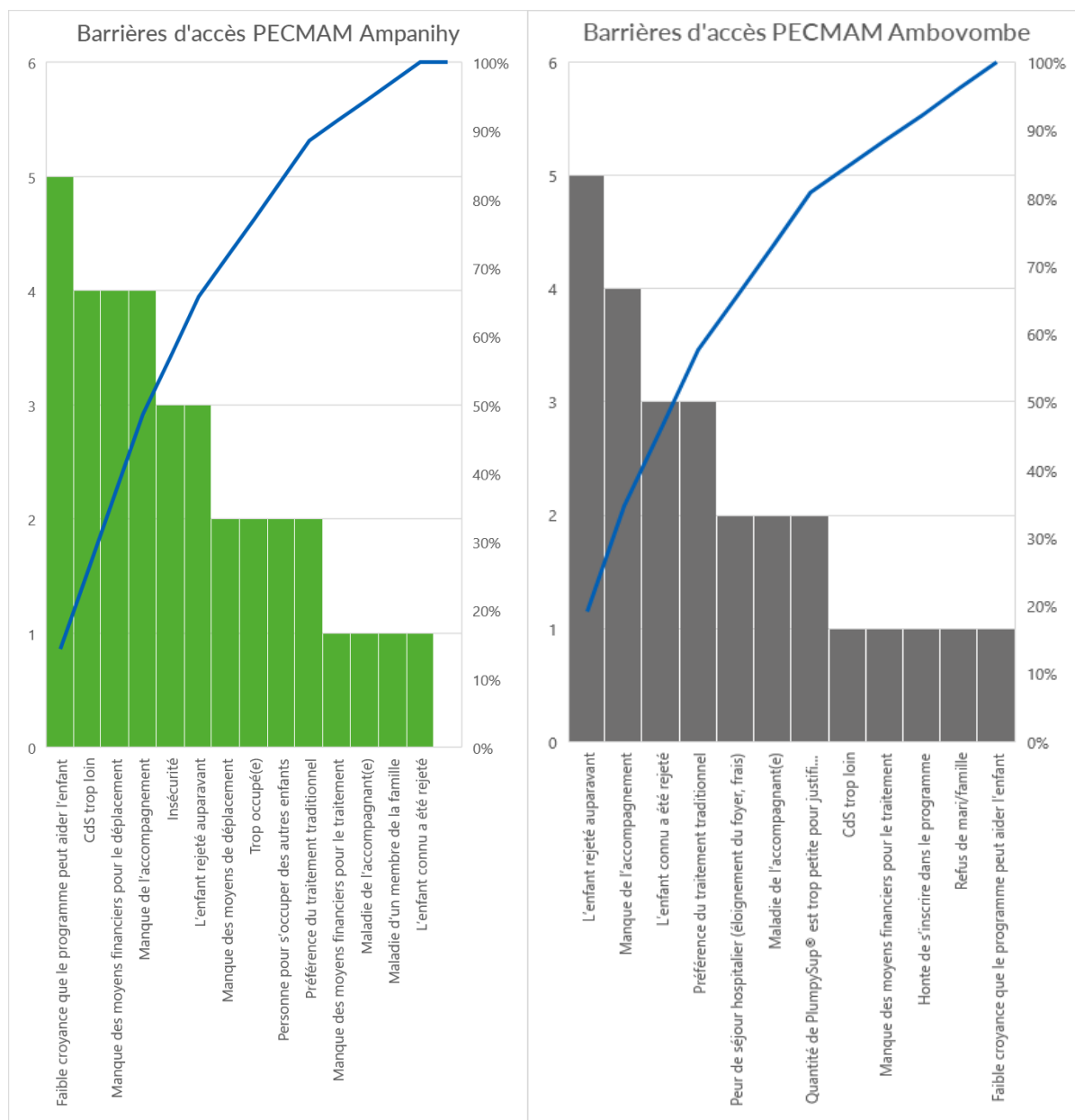


FIGURE 22. Barrières d'accès au traitement dans le programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAM

La Figure 23 ci-dessous résume les facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, soulignant les différences subtiles entre les deux districts. Pendant que la non-reconnaissance de la malnutrition et du programme PECMAM sont des facteurs importants limitant l'accès au programme PECMAM dans les deux districts, une faible croyance que le traitement peut aider l'enfant s'avère problématique à Ampanihy pendant que les accompagnants à Ambovombe souffrent plutôt d'un rejet précédent de l'enfant et/ou de l'enfant connu qui ensuite décourage l'inscription de leur propre enfant dans le programme.

Dans le district d'Ampanihy, un site communautaire étant trop loin ensemble avec un manque des moyens financiers pour le déplacement représente une barrière géographique/financière importante au traitement, suivi par un manque de l'accompagnement. Dans le district

d'Ambovombe, c'est plutôt un manque de l'accompagnement, suivi par une préférence du traitement traditionnel.

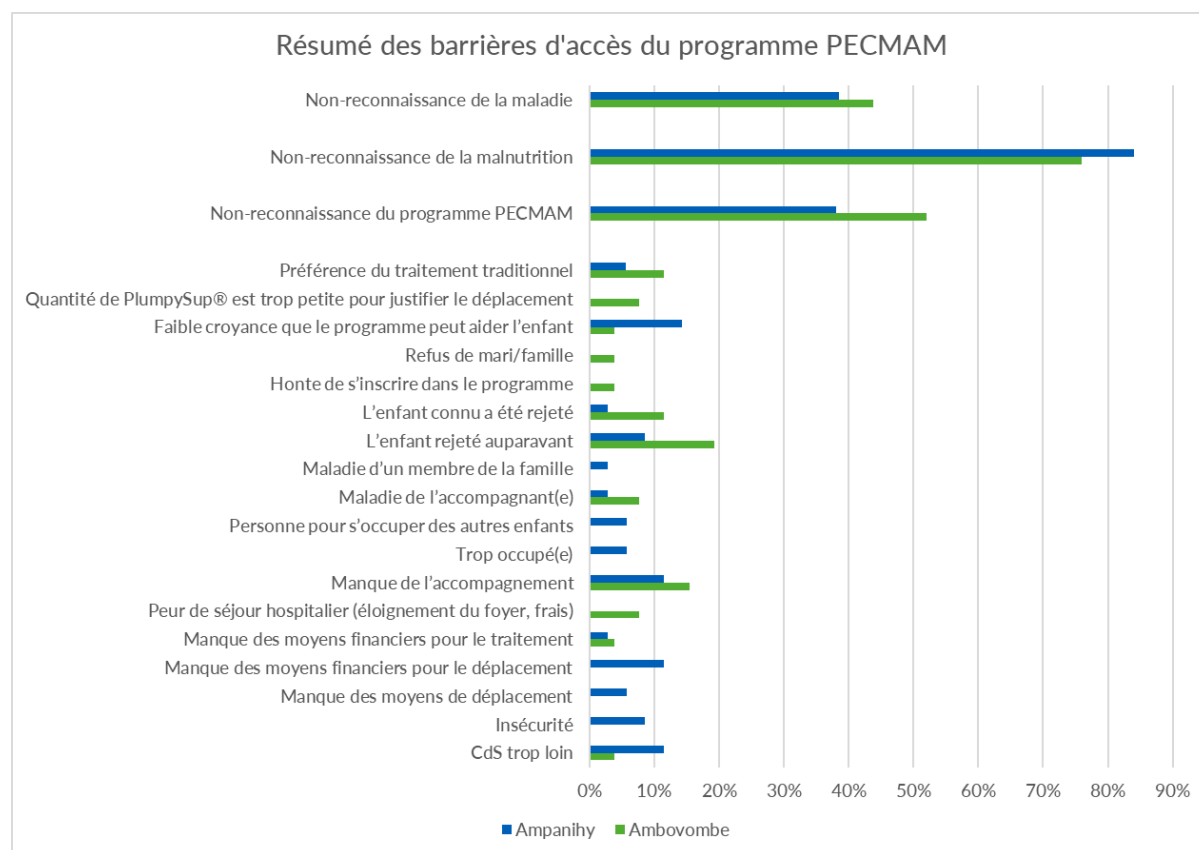


FIGURE 23. Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

FACTEURS FACILITANT L'ACCES ET LA COUVERTURE DES PROGRAMMES PECMAS ET PECMAM

Les accompagnants de tous les enfants MAS et MAM couverts par les programmes PECMAS et PECMAM, y compris les cas en voie de guérison dans chaque programme, ont été sollicités à répondre à quelques questions afin d'explorer leur motivation d'inscrire leurs enfants au programme PECMAS ou PECMAM, respectivement. Un total de 19 accompagnants des cas MAS couverts²⁷ ont complété le questionnaire respectif à Ampanihy et à Ambovombe pour le programme PECMAS pendant que 39 accompagnants des cas MAM couverts²⁸ a complété le questionnaire respectif dans les deux districts pour le programme PECMAM.

Nombre d'admissions aux programmes PECMAS/PECMAM

Dans le district d'Ampanihy 75% (n=9) des cas MAS couverts par le programme PECMAS ont été inscrits pour la première fois pendant que deux enfants restants ont été inscrits pour la deuxième fois et un enfant pour la troisième fois. Tous les trois enfants ont retourné au programme à cause d'une rechute.

²⁷ Y compris les cas MAS en voie de guérison.

Dans le district d'Ambovombe, une totalité d'enfants (n=7) dans l'échantillon effectif de l'enquête ont été inscrits au programme PECMAS pour la première fois.

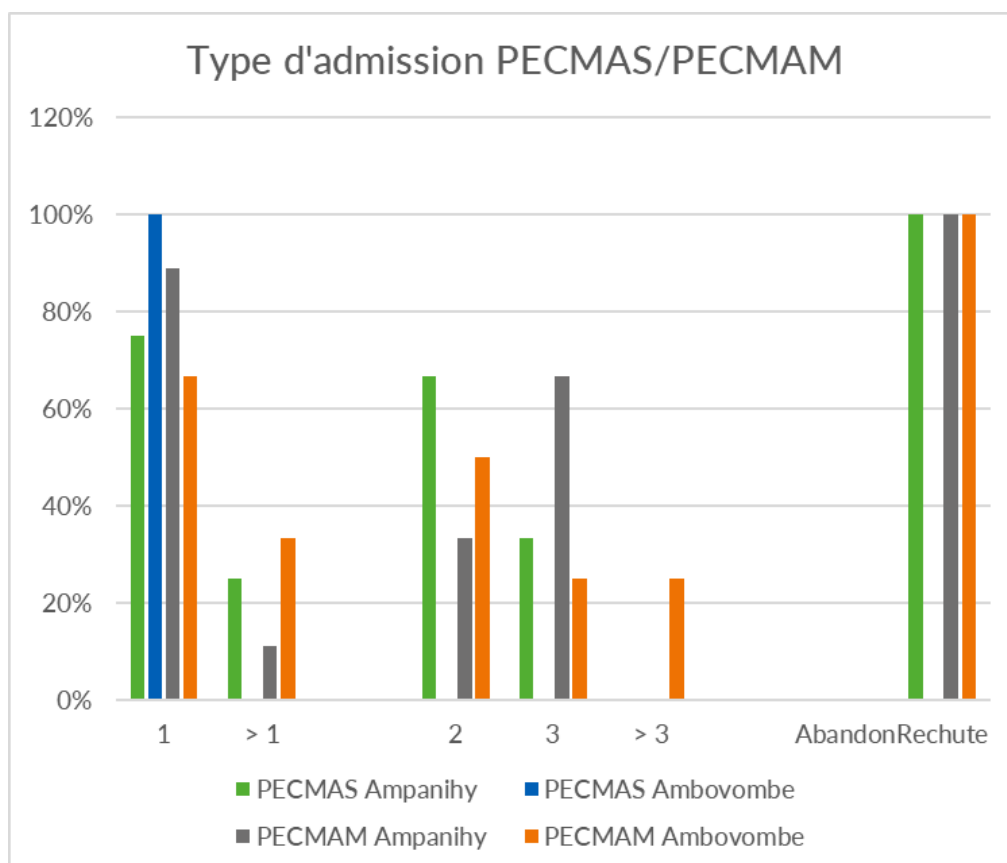


FIGURE 24. Nombre d'admission au programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

En ce qui concerne l'inscription au programme PECMAM, 89% (n=24) de cas MAM couverts ont été inscrits au programme pour la première fois. Le taux de la première inscription a été plus bas (67% (n=8) à Ambovombe.

Dans le district d'Ampanihy, parmi les trois enfants qui ont été inscrits dans le programme plus d'une seule fois, un a été inscrit au programme deux fois et deux ont été inscrits trois fois. Tous les trois ont été inscrits pour des raisons d'une rechute. Dans le district d'Ambovombe, deux enfants ont été inscrits dans le programme pour la deuxième fois, un enfant a été inscrit pour la troisième fois et un enfant a été inscrit plus de trois fois. Similairement au district d'Ampanihy, tous les quatre enfants ont été inscrits dans le programme pour des raisons d'une rechute.

Parmi tous les cas MAS et MAM couverts par les programmes PECMAS/PECMAM, un enfant inscrit dans le programme a été le seul enfant de famille bénéficiant du service.

Facilitateurs à l'accès au programme PECMAS

Dans le district d'Ampanihy, un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS est la reconnaissance de la maladie chez l'enfant, ce qui a été confirmé par 67% (n=8) des accompagnants des cas MAS couverts. La maladie diagnostiquée par le personnel de santé (n=3) et la guérison de l'enfant connu (n=1) ont été classifiées comme le deuxième et le troisième facteur motivant le plus important.

Dans le district d'Ambovombe, un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS est aussi la reconnaissance de la maladie chez l'enfant, ce qui a été confirmé par 57% (n=7) des accompagnants des cas MAS couverts. D'autres facteurs facilitateurs cités par les accompagnants incluent l'appréciation du programme par la communauté (n=1), la disponibilité des intrants du traitement systématique (n=1) et l'échec du traitement traditionnel (n=1).

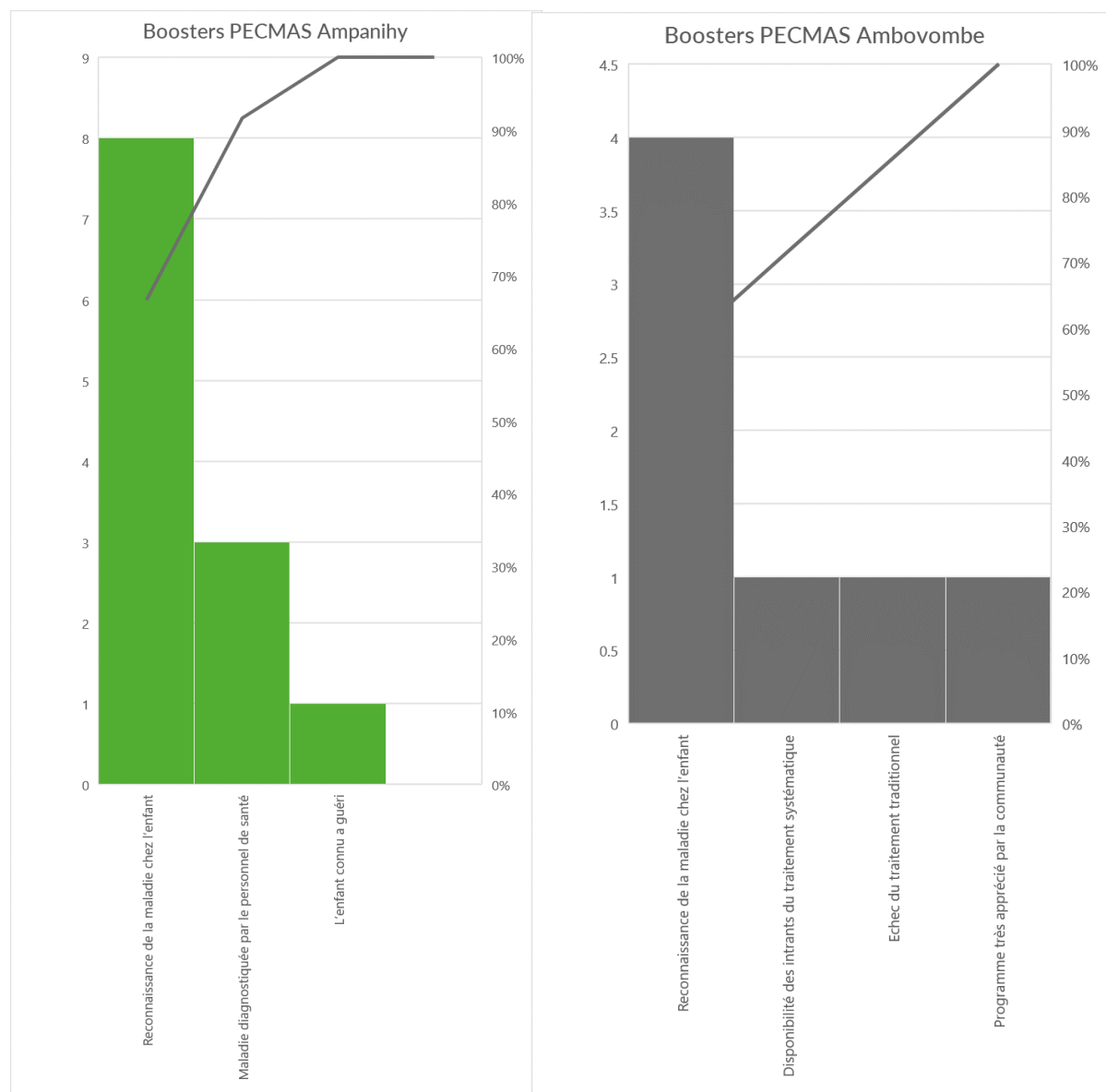


FIGURE 25. Facilitateurs à l'accès au traitement dans le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

Facilitateurs à l'accès au programme PECMAM

Semblablement au programme PECMAS, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant est un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy (41%, n=11) ainsi que dans le district d'Ambovombe (58%, n=7). Le deuxième et le troisième facteur facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAM à Ampanihy consiste en soutien et encouragement de l'agent communautaire (n=9) et des leaders communautaires (n=2). L'encouragement des voisins et/ou d'autres membres de famille a été aussi mentionné comme un facteur motivant l'accès aux services (n=1 chacun). Parmi les

facteurs facilitateurs en lien avec la qualité de soins, les accompagnants des MAM couverts ont mentionné la diagnostique de la maladie par le personnel de santé (n=1), la gratuité de soins (n=1) et l'échec du traitement traditionnel (n=1).

Dans le district d'Ambovombe, le soutien et l'encouragement de l'agent communautaire (n=1), d'autres membres de famille (n=1) et des voisins (n=1) représente une série importante des facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAM prenant ses racines la mobilisation communautaire. L'accès au PlumpySup® n'a été mentionné qu'une seule fois.

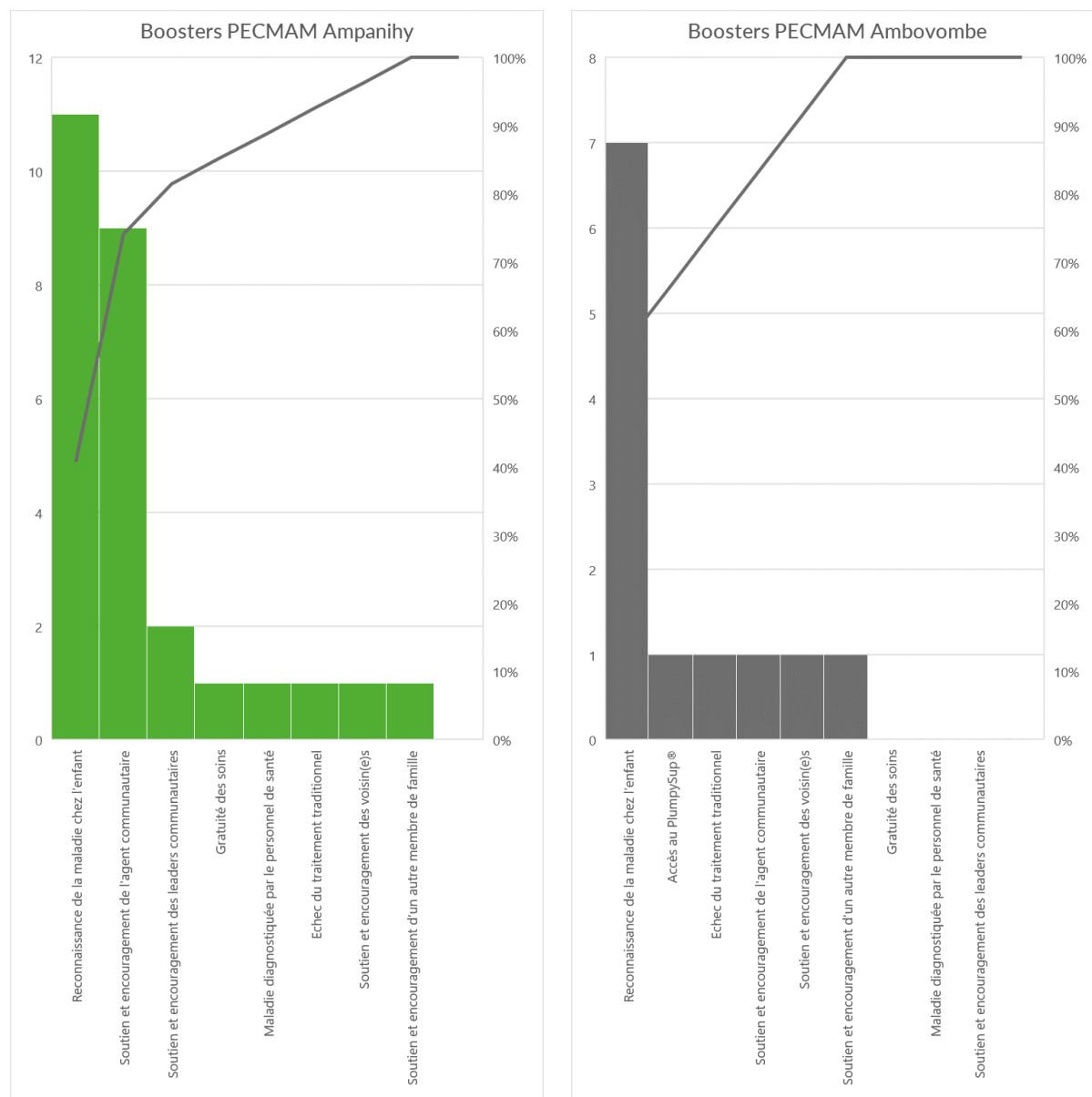


FIGURE 26. Facilitateurs à l'accès au traitement dans le programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar, Nov. 2019.

V. CONCLUSION

La couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe n'a pas pu être classifiée ni estimée dû aux difficultés d'atteindre la taille d'échantillon cible (n=40). Si la taille d'échantillon cible a été atteinte, on pourrait y constater une couverture modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%. Pourtant, vu que la couverture du programme PECMAS dans

les districts d'Ampanihy et d'Ambovombe a été confirmée comme homogène, il a été possible de classifier la couverture combinée du programme PECMAS au niveau de ces deux districts comme modérée.

La couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe a pu être classifiée ainsi qu'estimée. La couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy a été classifiée comme modérée, avec l'estimation de la couverture à 20.45% (IC 95% 13.57% - 27.34%), pendant que la couverture dans le district d'Ambovombe a été classifiée comme faible, avec l'estimation de la couverture à 10.26% (IC 95% 4.76% - 15.75%). Aucun de ces valeurs s'approchent du seuil SPHERE de 50% recommandé aux programmes PECMAM dans le milieu rural.

Vu l'hétérogénéité de la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et d'Ambovombe, il n'a pas été possible d'estimer la couverture combinée du programme PECMAM au niveau de ces deux districts.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAS non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié.

Néanmoins, presque une moitié des accompagnants des cas MAS non-couverts par le programme PECMAS dans les deux districts ont déclaré de recourir aux CSB pour le traitement des symptômes dont souffrait leur enfant – ce qui devrait aboutir au dépistage de leurs enfants au niveau des structures sanitaires et la prise en charge en conséquence. Pourtant, 46% des accompagnants dans le district d'Ampanihy ont choisi le recours au tradipraticien et/ou l'utilisation des herbes médicinales. Dans le district d'Ambovombe, un tiers des accompagnants a fait un recours aux produits médicinales achetés au marché. Ces derniers recours au traitement ne peuvent pas être considérés appropriés pour le traitement de la malnutrition.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance du programme PECMAS. Dans le district d'Ampanihy, seulement 38% des accompagnants des cas MAS non-couverts étaient au courant d'une existence de ce service dans le centre de santé de base à leur proximité. Dans le district d'Ambovombe, le programme PECMAS semble être un peu plus connu mais approximativement une moitié des accompagnants n'a pas pu confirmer la connaissance du service offert au niveau de CSB.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'à Ampanihy le rejet précédent de l'enfant s'avère très problématique et décourage des accompagnants des cas MAS non-couverts de chercher les soins appropriés au CSB, les parents à Ambovombe souffrent plutôt d'un manque de l'accompagnement. Un manque des moyens de déplacement et/ou un manque des moyens financiers pour le déplacement et/ou la préférence du traitement traditionnel semblent bloquer l'accès au programme dans les deux districts.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAM

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAM non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié.

Néanmoins, approximativement 40% des accompagnants des cas MAM non-couverts par le programme PECMAM dans les deux districts ont déclaré de recourir aux CSB pour le traitement des symptômes dont souffrait leur enfant – ce qui devrait aboutir au dépistage de leurs enfants au niveau des structures sanitaires et la prise en charge en conséquence. Pourtant, 41% des accompagnants à Ampanihy et 43% à Ambovombe ont choisi d'acheter les produits médicaux au marché ou à la pharmacie. Ces recours au traitement ne peuvent pas être considérés appropriés pour le traitement de la malnutrition.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM dans les districts d'Ampanihy et Ambovombe est la non-reconnaissance du programme PECMAM. Pendant que la connaissance du programme est acceptable dans le district d'Ampanihy (63%), seulement 48% des accompagnants des cas MAM non-couverts dans le district d'Ambovombe étaient au courant d'une existence de ce service dans le site communautaire à leur proximité.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAM diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'une faible croyance que le traitement peut aider l'enfant s'avère problématique à Ampanihy, les accompagnants à Ambovombe souffrent plutôt d'un rejet précédent de l'enfant et/ou de l'enfant connu qui ensuite décourage l'inscription de leur propre enfant dans le programme. D'ailleurs, dans le district d'Ampanihy, un site communautaire étant trop loin ensemble avec un manque des moyens financiers pour le déplacement représente une barrière géographique/financière importante au traitement, suivi par un manque de l'accompagnement. Dans le district d'Ambovombe, c'est plutôt un manque de l'accompagnement, suivi par une préférence du traitement traditionnel.

Facteurs facilitant l'accès et la couverture des programmes PECMAS/PECMAM

Les facteurs ayant un impact sur la couverture des programmes PECMAS/PECMAM peuvent être à la fois les barrières et les facilitateurs, tout dépendant du contexte et la perception des personnes y résidant.

Malgré la faible reconnaissance de la malnutrition par les accompagnants des cas MAS non-couverts, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant a été citée comme le principal facteur motivant l'inscription au programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS couverts dans les deux districts. Autrement dit, les parents des enfants atteints de la malnutrition ont remarqué que leur enfant était malade et ont pris la décision de se déplacer au CSB pour chercher des soins. Ceci est très encourageant et confirme l'importance d'un bon diagnostic de la maladie au ménage.

Si celui-ci n'est pas rapidement envisageable, le dépistage régulier par des agents de santé et/ou agents communautaires peut apporter une solution. Dans le district d'Ampanihy, la maladie diagnostiquée par le personnel de santé a été citée comme le deuxième facteur facilitateur le plus important pour le programme PECMAS. D'ailleurs, la guérison de l'enfant connu a motivé un accompagnant MAS d'inscrire son enfant au programme PECMAS. Ceci est

intrinsèquement lié à la réputation et l'appréciation du programme dans la communauté, qui s'est aussi démontré comme un facteur facilitateur dans le district d'Ambovombe.

Les mêmes tendances se démontrent valables pour le programme PECMAM avec la reconnaissance de la maladie chez l'enfant étant un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAM dans le district d'Ampanihy ainsi que dans le district d'Ambovombe. D'autres facteurs facilitateurs du programme PECMAM dans les deux districts incluent le soutien et l'encouragement des agents communautaires et des leaders communautaires, soutenu par d'autres membres de famille et/ou des voisins. Ceci indique une forte influence communautaire qui devrait être exploitée davantage afin d'améliorer la couverture du programme PECMAM dans la zone enquêtée.

VI. RECOMMANDATIONS

Suite aux résultats de l'évaluation SLEAC présentés dans le présent rapport, les recommandations suivantes ont été élaborées afin d'adresser les facteurs de blocage principaux identifiés et ainsi améliorer la couverture des programmes PECMAS et PECMAM dans la prochaine période de programmation.

- I. Evaluer les stratégies d'engagement communautaire existantes et rechercher les synergies avec les autres initiatives dans le domaine de santé afin de permettre la diffusion efficace des messages clés et leur appropriation par les populations cibles, notamment en lien avec la reconnaissance de la malnutrition.
 - Renforcer les initiatives existantes (par exemple, les réseaux des agents communautaires, recensements nutritionnels, campagnes de vaccination ou activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)) dans le domaine de santé afin de pouvoir s'appuyer sur leur appréciation dans les communautés et permettre le dépistage précoce des cas de malnutrition aigüe ;
 - Identifier et tester des initiatives innovatrices, telles que le dépistage/sensibilisation par les mères des enfants malnutris (PB Ménage), utilisation des appareils portables pour la collecte/rapportage de données ;
 - Mobiliser des ressources pour l'engagement communautaire en introduisant un financement innovant et des mesures de responsabilisation appropriées pour encourager la durabilité ;
 - Renforcer le lien avec d'autres partenaires intervenant dans les districts enquêtés afin de créer des synergies dans les domaines de la sensibilisation et dépistage communautaire.
- II. Réaliser une analyse des goulots d'étranglement afin de diagnostiquer au profondeur les points forts et les points faibles des programmes PECMAS/PECMAM en place et de développer des stratégies de réponse appropriées au contexte;
 - Organiser un diagnostic du système de santé pour pouvoir identifier les facteurs de blocage à l'accès et la couverture des programmes PECMAS et PECMAM et les rectifier avec l'aide des solutions adaptées au contexte.
- III. Renforcer le système d'approvisionnement en intrants nutritionnels des sites communautaires afin d'assurer leur disponibilité auprès des populations cibles;
- IV. Renforcer la collecte de données de routine dans toutes les domaines de nutrition, en intégrant quelques indicateurs clés de la couverture dans le système national de collecte de données routine de santé afin d'évaluer l'évolution des facteurs de blocage et des facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS/PECMAM d'une manière régulière;
 - Considérer l'intégration des indicateurs clés de la couverture du programme PECMAS dans la collecte des données nutritionnelles de routine ;

- Utiliser les méthodes innovantes testées afin de permettre la collecte de données fiables et la chaîne de communication efficace, sans alourdir une charge de travail des personnes concernées.

ANNEXES

1. Chronogramme

[illegible]

MANUEL DE TERRAIN

SLEAC

Évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture

Districts sanitaires d'Ampanihy et Ambovombe, Madagascar
Novembre 2019

Avec la participation de :

MINISTÈRE DE
LA SANTÉ
PUBLIQUE DU
MADAGASCAR



CHECKLIST TERRAIN

À PRÉPARER LA VEILLE DU DÉPART ET VÉRIFIER AVANT LE DÉPART !!

	Article	Quantité
1	Cahier de notes	3 unités
2	Stylo	3 unités
3	Pochette en plastique	3 unités
4	Tablette ²⁸	2 unités
5	Résumé de recherche des cas MAS/MAM	3 copies
6	Fiche de référencement MAS/MAM	5 coupons
7	Manuel de terrain SLEAC	3 copies
8	Ruban PB (NE PAS PLIER !!!)	3 unités
9	Eau/collations	selon besoin
10	Téléphone + crédit téléphonique journalier	1 unité
11	Liste des villages à visiter	1 copie

NB : Si votre équipe part sur le terrain pour plusieurs jours, assurez-vous que vous avez une quantité SUFFISANTE de CHAQUE article pour couvrir la totalité de votre séjour/nombre total des villages à visiter.

CONTACTS CLÉS

Nom	Fonction	Téléphone
BLANAROVA Lenka	Responsable technique SLEAC	34 28 446 07
RABEMANANTSOA Andry	Responsable de l'Enquête A	32 11 092 34
MANAHIRANTSOA Daniel	Chef d'équipe A	34 93 821 04
RAVAONIAINA Mamie Harisoa	Enquêteur A	34 46 900 93
ANDRIAMBOLATIANA N. Anselme	Mesureur A	34 85 634 48
RAHARINORO Hanitra Olga	Responsable de l'Enquête B	34 13 208 68
SAMBIMANA Manandaza Martial	Chef d'équipe B	34 95 054 90
SOARAZANA Leontine	Enquêteur B	34 20 758 27
TOLODRAZA Charlot	Mesureur B	34 72 349 08
TOLOJANAHARY Hajaniaina	Responsable de l'Enquête C	34 10 190 63
ANDRIANAMBININA Jean Patrice	Chef d'équipe C	34 96 965 99
FLAVIA Kasolo	Enquêteur C	34 58 778 92
RANDRIANILAINA T. Herindraza	Mesureur C	34 21 175 83
HARIMANANA Jocelyn	Responsable de l'Enquête D	34 96 468 96
RAZAFITSITOMBOHY Tokinaina Eric	Chef d'équipe D	34 69 978 44
RAVAORIMANANA S. Leontine	Enquêteur D	33 79 429 85
MIARINORO Andrianirina	Mesureur D	33 06 929 45
TOVONDRAINY Joseph	Responsable de l'Enquête E Ampanihy	34 57 440 07
RAZANAMAHEFA Mamy	Responsable de l'Enquête E Ambovombe	34 27 031 91
TOKINAINA Dieu Donné	Chef d'équipe E	34 98 747 30
HAISONANDRASANA V. Guerine	Enquêteur E	34 07 949 54
TOBOTSOA Maho Seraphine	Mesureur E	34 21 757 20

TERMINOLOGIE CLÉ DE L'ENQUÊTE

Malnutrition

Malnutrition est un terme générique communément considéré comme synonyme de « sous-nutrition » même si, techniquement, il comprend également la surnutrition (c.-à-d. surcharge pondérale et obésité). La malnutrition se manifeste lorsque le régime alimentaire ne fournit pas les nutriments nécessaires à la croissance et à l'entretien de l'organisme, souvent en raison de facteurs économiques, politiques et socioculturels, ou lorsque la nourriture ingérée n'est pas pleinement utilisée en raison d'une maladie.

²⁸ N'oubliez jamais la charger la veille pour n'empêcher pas son utilisation au cours de la journée.

Malnutrition aiguë

Également connue sous le nom d'émaciation, la malnutrition aiguë se caractérise par une détérioration brutale de l'état nutritionnel (perte de graisse corporelle et de tissu musculaire) sur une courte période. Selon la gravité, on distingue la malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS), où on distingue entre l'émaciation (faible rapport poids-taille) et/ou les œdèmes (c.-à-d. rétention d'eau dans les tissus de l'organisme).

Malnutrition chronique

La malnutrition chronique ou « retard de croissance » est une forme de trouble de la croissance évoluant sur une longue période. Une nutrition inadéquate sur de longues périodes (y compris une mauvaise nutrition maternelle et des pratiques médiocres d'allaitement du nourrisson et du jeune enfant) et/ou des infections répétées peuvent conduire à la malnutrition chronique. Chez les enfants, elle peut être identifiée à l'aide de l'indice nutritionnel taille-âge.

Terme	Définition
Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PECMAS)	A travers des Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Sévère sans complication (CRENAS) et Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Intensif pour la Malnutrition Aiguë avec complications (CRENI), souvent intégrés dans les centres de santé de base (CSB) ou les hôpitaux.
Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Modérée (PECMAM)	A travers des Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Modérée (CRENAM)
Aliment Thérapeutique Prêt à Emploi (ATPE)	PlumpyNut® (traitement MAS)
Aliment Supplémentaire Prêt à Emploi (ASPE)	PlumpySup® (traitement MAM)
Périmètre Brachial	Circonférence du bras mesurée entre l'épaule et le coude, au milieu du biceps brachial. Il permet de diagnostiquer MAS (< 115mm) et MAM (<125mm).
Œdèmes nutritionnels	Augmentation de volume/gonflement au niveau des pieds (+), jambes (++) ou visage (+++), permettant de diagnostiquer MAS.
En Voie de Guérison	Enfant admis dans le programme PECMAS comme en enfant MAS mais qui a entre-temps partiellement récupéré (i.e. il a le PB MAM)
Abandon	Enfant qui ne s'est pas présenté au programme PECMAS pour au moins 2 semaines consécutives
Sortie guéri	Enfant a atteint les critères de sortie du programme PECMAS (i.e. poids cible et il est considéré en bonne santé nutritionnelle)
Sortie non-guéri / non-répondant	Enfant n'a pas atteint les critères de sortie du programme PECMAS (i.e. poids cible et il n'est pas considéré en bonne santé nutritionnelle)

TERMINOLOGIE LOCALE

Malnutrition aigüe - marasme	
<i>alofisake</i>	maigre, déshydratation
<i>tsy ampy sakafo</i>	manque de nourriture
<i>reraka</i>	fatigué, « manque de vie »
<i>tena reraka</i>	« malade mort »
<i>heatse</i>	maigre
<i>mahia</i>	maigre
<i>mangene</i>	peau plissé
<i>kaponono</i>	insuffisance du lait
<i>miboenatse</i>	insuffisance du lait
<i>beateke</i>	malade
Malnutrition aigüe - kwashiorkor	
<i>donadonake</i>	gonflement
<i>albumine</i>	gonflement
<i>halobotra</i>	gonflement
<i>mienatsenatse</i>	gonflement
<i>mibinabina</i>	gonflement
Malnutrition chronique	
<i>tara fitombo</i>	retard de croissance
<i>kely antitre</i>	petit vieux

RECHERCHE EXHAUSTIVE DES CAS (REC)

- Dépistage exhaustif de TOUS les enfants de 6 - 59 mois dans le fokontany échantillonné (<100 enfants)
- Dépistage exhaustif de TOUS les enfants de 6 - 59 mois dans le segment du fokontany échantillonné (>100 enfants)
- PORTE A PORTE → jamais en rassemblement public !!

SEGMENTATION

- Division d'un fokontany en fonction des sous divisions administratives existantes (hameaux), des barrières naturelles (rivières, routes, montagnes) ou des places publiques (marchés, écoles)
 - a. Si les segments sont de tailles égales (même nombre de ménages) → choisir un segment au hasard
 - b. Si les segments sont de tailles différentes (différent nombre de ménages) → utiliser la méthode PPT
 1. Remplir le tableau PPT avec un nombre de ménages par segment, un nombre de ménages accumulés et un intervalle ;
 2. Choisir un nombre aléatoire à partir d'une liste des chiffres aléatoires dans un intervalle souhaité ;

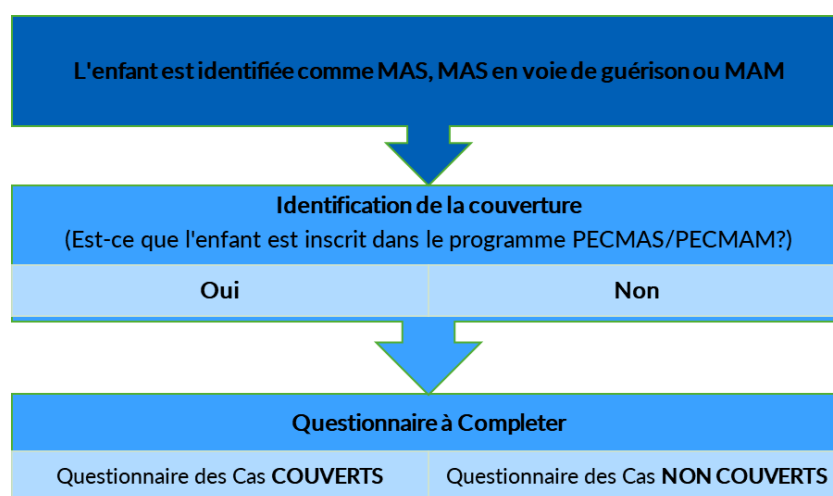
ARRIVÉE AU VILLAGE

- A. Visitez une maison du chef de fokontany, présentez-vous et expliquez l'objectif de votre passage ;
- B. Demander le chef de fokontany de délimiter son fokontany. Notez bien les limites du fokontany, comme expliqué ;
- C. Demander le chef de fokontany de confirmer vos estimations de la population totale / enfants 6-59 mois ;
- D. Procéder à la segmentation de fokontany, si plus de 100 enfants 6-59 mois ;
- E. Demander le chef de fokontany de vous attribuer un accompagnant lors de votre visite (ex. agent communautaire) ;
- F. Procéder à la recherche de cas porte à porte.

ARRIVÉE AU MÉNAGE

- A. Présentez-vous au chef de ménage et expliquez l'objectif de votre passage, mettant l'accent sur la bonne croissance des enfants. Demandez son consentement ;
- B. Demander le chef de ménage de vous montrer tous ses enfants de 6-59 mois. Vérifiez leur âge à travers des documents officiels (ex. actes de naissance), si disponibles, ou l'estimez à travers un calendrier des événements ;
- C. Mesurez tous les enfants de 6-59 mois. Notez les valeurs ;

- D. Vérifiez la présence d'œdèmes. Notez les valeurs ;
- E. Expliquez aux parents les résultats pour chaque enfant mesuré, même celui qui est en bonne santé.
- F. Suivez l'arbre de décision pour décider si l'administration des questionnaires pour les cas MAS/MAM couverts ou non-couverts doit être déclenchée.
- G. Si oui, demandez à l'accompagnant de vous accorder quelques minutes pour l'administration du questionnaire respectif.



DÉFINITION DE CAS

CAS MAS ACTUEL	Enfant qui remplit les critères d'admission du programme PECMAS, i.e. ▪ Périmètre brachial < 115 mm (114 mm !!!) ▪ Présence d'œdèmes bilatéraux
CAS MAS COUVERT (Cin) MAS Cin	Enfant avec le périmètre brachial < 115 mm ou l'enfant avec les œdèmes bilatéraux qui est inscrit dans le programme PECMAS
CAS MAS NON-COUVERT (Cout) MAS Cout	Enfant avec le périmètre brachial < 115 mm ou l'enfant avec les œdèmes bilatéraux qui N'EST PAS inscrit dans le programme PECMAS
CAS MAM ACTUEL	Enfant qui remplit les critères d'admission du programme PECMAM, i.e. ▪ Périmètre brachial 115 mm-124mm ▪ Pas d'œdèmes bilatéraux
CAS MAS EN VOIE DE GUÉRISON (Rin) MAS Rin	Enfant qui était récemment un cas MAS et qui a entretemps partiellement récupéré mais il n'a pas encore atteint les critères de sortie du programme PECMAS (i.e. il est toujours inscrit au programme PECMAS)
CAS MAM COUVERT (Cin) MAM Cin	Enfant avec le périmètre brachial < 125 mm qui est inscrit dans le programme PECMAM
CAS MAM NON-COUVERT (Cout) MAM Cout	Enfant avec le périmètre brachial < 125 mm qui N'EST PAS inscrit dans le programme PECMAM
ENFANT BIEN PORTANT	Enfant avec le périmètre brachial ≥ 125 mm sans œdèmes bilatéraux.
CAS MAS EN VOIE DE GUÉRISON (Rin) MAM Rin	Enfant qui était récemment un cas MAM et qui a entretemps partiellement récupéré mais il n'a pas encore atteint les critères de sortie du programme PECMAM (i.e. il est toujours inscrit au programme PECMAM).

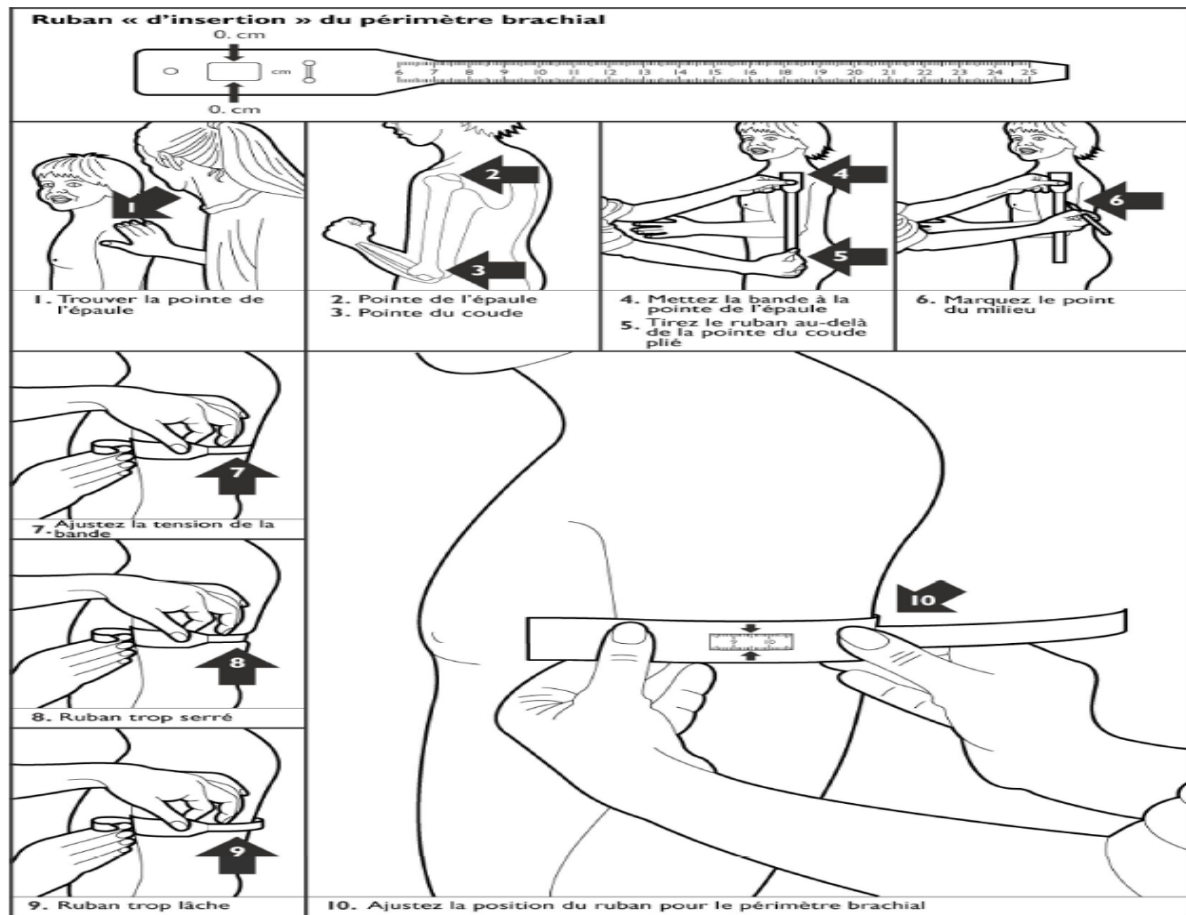
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES À RESPECTER

- Respect de l'anonymat et de la confidentialité ;
- Principe de non jugement ;
- Libre expression des personnes ;

- Fidélité des témoignages et opinions exprimés.
- Les enfants de moins de 5 ans éligibles à une prise en charge de la malnutrition aigüe doivent être systématiquement orientés et référés vers les centres de prise en charge les plus proches en cas de dépistage positif à la malnutrition aigüe modérée ou sévère.
- Les familles et/ou membres des communautés doivent être orientées vers les professionnels compétents en cas de sollicitation d'information et de sensibilisation sur la malnutrition aigüe.

PRISE DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES

PÉRIMÈTRE BRACHIAL



OEDEMES

- Faites le test sur les deux extrémités en même temps.
- Appuyez avec les pouces sur le dessus des pieds ou au niveau du tibia.
- Gardez la pression pendant environ trois secondes en comptant doucement : « mille-et-un, mille-et-deux, mille-et-trois ».
- S'il y a un œdème, une empreinte restera pendant quelques secondes sur les zones appuyées (signe de godet).

CHECKLIST FIN DE LA JOURNÉE

- Assurez que tous les enfants éligibles soient visités et toutes les données soient complètes, lisibles et bien enregistrées avant votre départ du fokontany.
- Réviser toutes les données avec votre Responsable de l'Enquête. En cas de doute, appelez Lenka pour vérifier quelle procédure à appliquer.

3. Gardez toutes les fiches rangées dans les poches plastiques pour ne pas les perdre/mouiller. Donnez-les à votre Responsable de l'Enquête à la fin de la journée.
4. Prenez soin de vos tablettes. Soumettez-les pour le téléchargement de données à la demande ou à la fin de chaque journée.

VINTANA ARY MISAOTRA

3. Outils de la collecte de données

A. Questionnaire pour les accompagnants des cas MAS/MAM couverts

QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS MAS/MAM COUVERTS

District sanitaire: _____

Commune/Aire de santé: _____

Fokontany: _____

Équipe: _____

Date: _____ le _____ 2019

1. Est-ce que c'est la première fois que votre enfant bénéficie du programme PECMAS/PECMAM?

☐ Oui → Q5

☐ Non → Q2

2. Combien de fois votre enfant a-t-il bénéficié du traitement complet?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ >3

3. Pourquoi est-il retourné au programme PECMAS/PECMAM?

☐ a. L'enfant a abandonné le traitement et ensuite retourné.

a¹. Pourquoi ? _____

☐ b. L'enfant a été guéri et rechuté.

b¹. Pourquoi ? _____

4. Avez-vous autres enfants pris en charge dans le programme PECMAS/PECMAM?

☐ Oui

a¹. Combien?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Non

5. Pourquoi avez-vous décidé d'inscrire votre enfant au programme PECMAS/PECMAM?

☐ a. Reconnaissance de la maladie chez l'enfant

☐ c. Echec du traitement traditionnel

☐ e. Courte distance; estimation en km _____
combien min pour parcourir à pied?

☐ g. Accessibilité (pas des barrières saisonnières)

☐ i. Disponibilité des moyens financiers pour le déplacement

☐ k. Soutien et encouragement du mari

☐ m. Soutien et encouragement des parents avec enfants MAS

☐ o. Soutien et encouragement des voisin(e)s

☐ q. Programme très apprécié par la communauté

☐ s. Disponibilité des intrants nutritionnels

☐ u. Gratuité des soins

☐ w. L'enfant connu a guéri

☐ y Autres, spécifiez _____

☐ b. Maladie diagnostiquée par le personnel de santé

☐ d. Référencement par le tradipraticien

☐ f. Risques sécuritaires minimales ou non-existants

☐ h. Disponibilité des moyens de déplacement

☐ j. Disponibilité de l'accompagnement pendant le trajet

☐ l. Soutien et encouragement d'un autre membre de famille

☐ n. Soutien et encouragement de l'agent communautaire

☐ p. Soutien et encouragement des leaders communautaires

☐ r. Personnel du programme est très chaleureux et patient

☐ t. Disponibilité des intrants du traitement systématique

☐ v. Efficacité du traitement (résultats rapides et visibles)

☐ x. Accès au PlumpyNut®

Remerciez le parent

B. Questionnaire pour les accompagnants des cas MAS/MAM non-couverts

QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS MAS/MAM NON-COUVERTS

District sanitaire: _____ Commune/Aire de santé: _____
 Village: _____
 Équipe: _____ Date: _____ le _____ 2019

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?

☐ Oui ☐ Non → Q4

1a. De quels symptômes souffre votre enfant ?

☐ a. Vomissement ☐ b. Fièvre ☐ c. Diarrhée
☐ d. Amaigrissement ☐ e. Manque d'appétit ☐ f. Apathie
☐ g. Gonflement ☐ h. Perte de cheveux ☐ i. Lésion cutanée
☐ j. Autre, spécifiez: _____

1b. Quelle maladie a causé ces symptômes ?

☐ a. Je ne sais pas ☐ b. Malnutrition ☐ c. Maladie magico-religieuse
☐ d. Amaigrissement ☐ e. Paludisme ☐ f. Diarrhée
☐ g. Autre, spécifiez (en langue locale): _____

1c. Comment avez-vous essayé de traiter cette maladie ou comment allez-vous la traiter ?

☐ a. Herbes/racines médicinales ☐ b. Repas enrichis ☐ c. Jeûne
☐ d. Produits médicinales (acheté au marché) ☐ e. Produits médicinales (acheté à la pharmacie) ☐ f. Prière
☐ g. Consultation chez le tradipraticien ☐ h. Consultation au centre de santé ☐ i. Pas de traitement
☐ j. Autre, spécifiez: _____

1d. Qui a pris une décision sur ce moyen de traitement ?

2. Savez-vous qu'il y a un service au CSB où ils traitent la malnutrition ? Que savez-vous de ce service ?

☐ Oui, _____ ☐ Non → STOP

3. Pourquoi n'avez-vous pas amené votre enfant au CSB pour bénéficier du traitement ?

☐ a. Trop loin; distance à parcourir à pied _____ combien d'heures?	☐ b. Insécurité
☐ c. Inaccessibilité (inondation saisonnière, etc.)	☐ d. Manque des moyens de déplacement
☐ e. Manque de l'accompagnement	☐ f. Manque des moyens financiers pour le déplacement
☐ g. Refus de mari/famille	☐ h. Manque des moyens financiers pour le traitement
☐ i. Maladie de l'accompagnant(e)	☐ j. Maladie d'un membre de la famille
☐ k. Trop occupé(e); raison: _____	☐ l. Personne pour s'occuper des autres enfants
☐ m. Honte de s'inscrire dans le programme	☐ n. Faible croyance que le programme peut aider l'enfant
☐ o. Peur de séjour hospitalier (éloignement du foyer, frais)	☐ p. Préférence du traitement traditionnel
☐ q. L'enfant rejeté auparavant; quand? _____	☐ r. L'enfant connu a été rejeté
☐ s. Quantité de PlumpyNut® est trop petite pour justifier le déplacement	

4. Est-ce que votre enfant a-t-il déjà été inscrit dans le programme de la prise en charge de la malnutrition ?

☐ Oui

☐ Non → STOP

4a. Pourquoi n'est-il toujours dans le programme ?

☐ a. Abandon

☐ a¹. Quand? _____

☐ a². Pourquoi? _____

☐ b. Enfant déchargé guéri

☐ b¹. Quand? _____

☐ c. Enfant déchargé non-guéri

☐ c¹. Quand? _____

☐ c². Pourquoi? _____

☐ d. Autre raison, spécifiez: _____

STOP

Remerciez le parent

C. Fiche de collecte des données : Recherche exhaustive des cas

RÉSUMÉ DE RECHERCHE DE CAS

District:							Commune:							Fokontany:							Equipe:						
No.	Age (mois)	PB (mm)	CEdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)	No.	Age (mois)	PB (mm)	CEdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)	No.	Age (mois)	PB (mm)	CEdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)	No.	Age (mois)	PB (mm)	CEdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)
1							31							31							31						
2							32							32							32						
3							33							33							33						
4							34							34							34						
5							35							35							35						
6							36							36							36						
7							37							37							37						
8							38							38							38						
9							39							39							39						
10							40							40							40						
11							41							41							41						
12							42							42							42						
13							43							43							43						
14							44							44							44						
15							45							45							45						
16							46							46							46						
17							47							47							47						
18							48							48							48						
19							49							49							49						
20							50							50							50						
21							51							51							51						
22							52							52							52						
23							53							53							53						
24							54							54							54						
25							55							55							55						
26							56							56							56						
27							57							57							57						
28							58							58							58						
29							59							59							59						
30							60							60							60						

Date:

No.	Age (mois)	PB (mm)	Œdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)	No.	Age (mois)	PB (mm)	Œdèmes (Oui/Non)	Cas (MAS/MAM)	Programme (MAS/MAM)	Définition de cas (Cin, Cout, Rin)
61							81						
62							82						
63							83						
64							84						
65							85						
66							86						
67							87						
68							88						
69							89						
70							90						
71							91						
72							92						
73							93						
74							94						
75							95						
76							96						
77							97						
78							98						
79							99						
80							100						

ENFANTS PB < 115 MM (ROUGE)			CAS MAS COUVERTS (CIN)		CAS MAS NON-COUVERTS (COUT)	
ENFANTS OEDEMES						

ENFANTS PB ≥ 115 MM ≤ 124 MM (JAUNE)		CAS MAS EN VOIE DE GUERISON (RIN)	CAS MAM COUVERTS (CIN)	CAS MAM NON-COUVERTS (COUT)
--------------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------	-----------------------------

ENFANTS MESURÉS ≥ 125 MM (VERT)		CAS MAM EN VOIE DE GUERISON (RIN)	CAS BIEN PORTANTS	ENFANTS DÉPISTÉS
---------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------	------------------

4. Fiche de supervision

FICHE DE SUPERVISION

Enquêteur:	Superviseur:	Note finale:	/74
------------	--------------	--------------	-----

ARRIVÉE AU VILLAGE

	2	1	0
Présentation de l'objectif de la visite			
Présentation du mode de travail			
Demande d'un nombre des habitants / enfants 6-59 mois			
Demande de la délimitation du fokontany			
Segmentation du fokontany, si nécessaire			
Demande d'un accompagnant, si nécessaire			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/12

ARRIVÉE AU MÉNAGE / REMPLISSAGE D'UN FICHE DE POINTAGE

	2	1	0
Présentation de l'objectif de la visite			
Demande de consentement			
Equipe vérifie le nombre d'enfants 6-59 mois dans le ménage			
Equipe vérifie l'âge de tous les enfants 6-59 mois dans le ménage à travers des documents officiels ou le calendrier des événements			
Equipe s'assure que tous les enfants 6-59 mois dans le ménage soient mesurés et note les valeurs respectifs			
Equipe vérifie la présence d'œdèmes bilatéraux de tous les enfants 6-59 mois et note les valeurs respectifs			
Equipe s'assure que tous les enfants 6-59 mois dans le village soient mesurés			
Equipe explique aux parents les résultats pour chaque enfant mesuré			
Equipe suit l'arbre de décision pour décider si l'administration des questionnaires pour les cas MAS/MAM couverts ou non-couverts doit être déclenchée			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/18

PRISE DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES

PERIMETRE BRACHIAL	2	1	0
Equipe utilise le ruban PB pour mesurer le bras d'un enfant			
Equipe utilise les bons repères (épaules/coude)			
Bras de l'enfant est plié pour mesurer son milieu			
Milieu du bras est bien calculé			
Equipe utilise le stylo pour tracer le milieu du bras			
Bras de l'enfant est déplié pour mesurer le PB			
OEDEMES	-	-	-
Equipe utilise les pouces pour évaluer les œdèmes d'un enfant			
Equipe évalue les œdèmes sur deux pieds au même temps			
Equipe utilise la bonne pression			
Equipe utilise une technique de comptage à haute voix			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/20

ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES (TABLETTES)

	2	1	0
Equipe administre un bon questionnaire			
Equipe demande toutes les questions respectives			
Equipe reformule des questions pour que un accompagnant puisse les comprendre, si il/elle a du mal à comprendre/hésite à répondre			
Equipe demande des explications en cas de réponses peu claires			
Equipe choisi une bonne réponse entre les options notées sur le questionnaire			
Equipe ne juge pas des réponses données et traite l'accompagnant avec beaucoup de respect			
Equipe remercie l'accompagnant pour le temps accordé			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/14

REPLISSAGE DU RÉSUMÉ REC

	2	1	0
Equipe utilise un résumé REC par fokontany			
Equipe effectue un comptage des cas à la fin de la journée			
Chiffres relatifs aux différentes catégories de cas correspondent			
Equipe effectue une contre-vérification des cas MAS/MAM/sur les tablettes			
Equipe remet les résumés REC complétés à la fin de la journée			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/10

REMARQUES / OBSERVATIONS

5. Listes des fokontany échantillonnés

AMPANIHY

(588 sur 588 fokontany éligibles)

25 fokontany échantillonnés + 9 fokontany de réserve

District	Nom Commune	Nom Fokontany par CSB	Population totale année 2019/FKT	Distance (par rapport à la FS)
Ampanihy	Ampanihy Ouest	Terahanaombitelo	1,523	28 Km
Ampanihy	Amborompotsy	Ambendra	782	7 Km
Ampanihy	Amborompotsy	Belaitse	857	24 Km
Ampanihy	Anavoha	Tanandava	507	7 Km
Ampanihy	Androka	Ankaofaly	255	15 Km
Ampanihy	Androka	Lahitsitele	589	25 Km
Ampanihy	Ankiliabo	Agnena	471	28 Km
Ampanihy	Ankilimivory	Sarotsatay haut	974	25 Km
Ampanihy	Antaly	Marovahatse	497	5 Km
Ampanihy	Beahitse	Beahitse	3,551	0 Km
Ampanihy	Beahitse	Ankilebeharitse	658	18 Km
Ampanihy	Belafike Haut	Taolambositse	281	16 Km
Ampanihy	Belafike Haut	Bekinagna Manakarahy	309	28 Km
Ampanihy	Ejeda	Ejeda Centre	1,289	0 Km
Ampanihy	Ejeda	Matave	1,105	12 Km
Ampanihy	Ejeda	Tananondaty	740	44 Km
Ampanihy	Fotadrevo	Seta II	620	9 Km
Ampanihy	Fotadrevo	Ankilimasy	449	7 Km
Ampanihy	Fotadrevo	Sakoanabo-bas	332	18 Km
Ampanihy	Gogogogo	Beavake II	116	8 Km
Ampanihy	Gogogogo	Belindo	347	25 Km
Ampanihy	Itampolo	Ankilibory	1,016	53 Km
Ampanihy	Itampolo	Betratratra	860	20 Km
Ampanihy	Maniry	Vohidrakitre	141	15 Km
Ampanihy	Vohitany	Belolo Antanimena	271	24 Km
Ampanihy	Ampanihy Ouest	Sihanamitohy II	409	34 Km
Ampanihy	Anavoha	Ankotobe Avaradrano	172	5 Km
Ampanihy	Androka	Beheva	374	30 Km
Ampanihy	Ankilizato	Bekako Centre	445	12 Km
Ampanihy	Beahitse	Ankilemanintsy	551	23 Km
Ampanihy	Beroy Sud	Antaniperatsy	454	11 Km
Ampanihy	Ejeda	Tranomboro	656	57 Km
Ampanihy	Fotadrevo	Beteny	550	14 Km
Ampanihy	Itampolo	Bevala	836	6 Km

AMBOVOMBE

(822 sur 846 fokontany éligibles → Commune d'Imanombo exclue (zone rouge)

36 fokontany échantillonnés + 9 fokontany de réserve

District	Nom Commune	Nom Fokontany par CSB	Population totale année 2019/FKT	Distance (par rapport à la FS)
Ambovombe	Ambanisarika	Ambanisarika III	177	2,0 Km
Ambovombe	Ambanisarika	Ankileromotse	369	10,0 Km
Ambovombe	Ambazoa	Antanimihery II	184	10,0 Km
Ambovombe	Ambazoa	Terabovo	149	18,0 Km
Ambovombe	Ambohimalaza	Ambonaivo	210	10,0 Km
Ambovombe	Ambonaivo	Ambokoka	463	9,0 Km
Ambovombe	Ambondro	Lamitihy Ambario	291	11,5 Km
Ambovombe	Ambondro	Bebea Sud	166	7,0 Km
Ambovombe	Ambovombe Androy	Ambaniavoha	420	17,0 Km
Ambovombe	Ambovombe Androy	Ankilivinonjy	393	14,0 Km
Ambovombe	Ambovombe Androy	Ekonka Marofoty II	1182	8,0 Km
Ambovombe	Ambovombe Androy	Talaky Centre	996	7,0 Km
Ambovombe	Ampamata	Ankilerano II	491	15,0 Km
Ambovombe	Analamary	Anafondravoay	680	6,0 Km
Ambovombe	Analamary	Ankileroa Marolava II	333	10,0 Km
Ambovombe	Andalatanosy	Bekopika Sud	974	6,0 Km
Ambovombe	Vohitrarivo	Antaly	770	4,0 Km
Ambovombe	Anjeke Ankilikira	Amboroka Maroho	161	14,0 Km
Ambovombe	Anjeke Ankilikira	Beanatara Koevelo	321	2,0 Km
Ambovombe	Antanimora Atsimo	Ambararata Bas	233	15,0 Km
Ambovombe	Antanimora Atsimo	Ankilifaly	837	3,0 Km
Ambovombe	Vohitsova	Agnalave Mainty III	474	14,0 Km
Ambovombe	Erada	Belitsaky II	283	2,0 Km
Ambovombe	Antevamena	Antehalomboro	593	8,0 Km
Ambovombe	Jafaro	Ankarananivo I	384	30,0 Km
Ambovombe	Jafaro	Maregny	370	30,0 Km
Ambovombe	Maroalomainty	Mitreakey Centre	206	8,0 Km
Ambovombe	Maroalomainty	Erakoka Sud	190	0,4 Km
Ambovombe	Maroalopoty	Ambaro II	295	1,0 Km
Ambovombe	Maroalopoty	Belemboka Ambony	178	10,0 Km
Ambovombe	Maroalopoty	Maropäa Ankilisoatoetse Centre	208	8,0 Km
Ambovombe	Maroalopoty	Vohimiary	201	8,0 Km
Ambovombe	Marovato Befeno	Tsiteke Ankazota	344	8,0 Km
Ambovombe	Sihanamaro	Eraho	212	4,0 Km
Ambovombe	Sihanamaro	Tondroke II	106	12,0 Km
Ambovombe	Tsimananda	Bekokako II	342	13,0 Km
Ambovombe	Ambanisarika	Androhondroho III	637	8,0 Km

Ambovombe	Ambohimalaza	Ankazoabo Nord	280	6,0 Km
Ambovombe	Ambondro	Lamitihy Tsibo	281	12,0 Km
Ambovombe	Ambovombe Androy	Talaky Marofoty	498	7,0 Km
Ambovombe	Andalatanosy	Andrambita	904	18,0 Km
Ambovombe	Anjeke Ankilikira	Enikonty I	316	6,0 Km
Ambovombe	Erada	Anketa	314	7,0 Km
Ambovombe	Maroalomainty	Amborokahake Centre	260	0,4 Km
Ambovombe	Maroalopoty	Belemboka Ambany	151	13,0 Km