

ENQUETE DE COUVERTURE DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE (PCIMAS)

Régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord,
Cameroun

Décembre 2018

RAPPORT FINAL



KFW

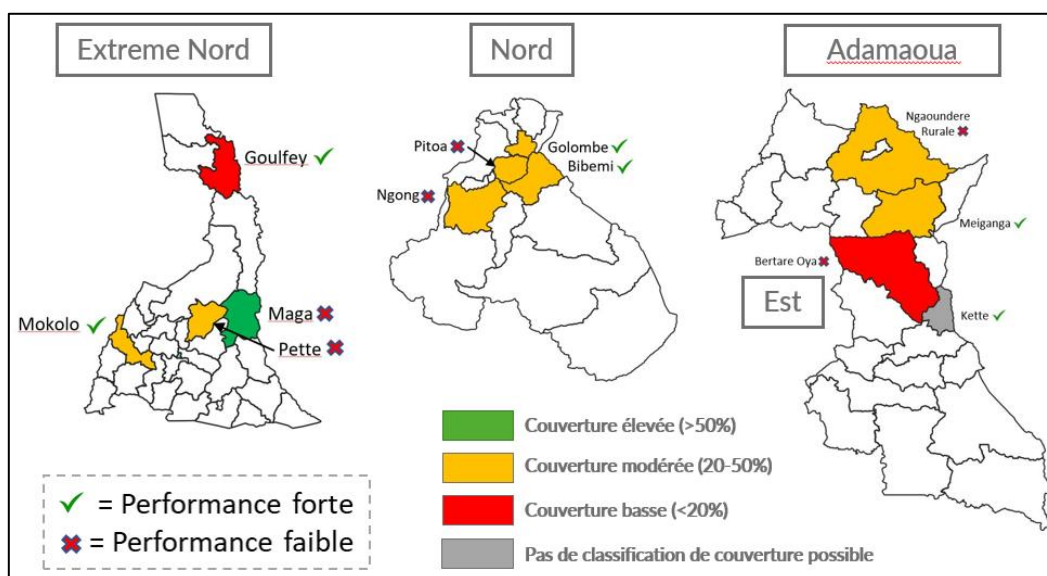
unicef 
pour chaque enfant

RESUME

Le Cameroun n'avait encore jamais organisé d'enquête de couverture à large échelle pour le programme de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe Sévère (PCIMAS). La Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN) au sein de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) du Ministère de la Santé avec le soutien d'UNICEF a effectué les enquêtes de couverture dans les programmes PCIMAS dans les régions d'Extrême Nord, de Nord, d'Adamaoua et d'Est en Décembre 2018. La méthodologie SLEAC (Evaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture) a été utilisée pour classer la couverture de traitement dans 12 districts sanitaires (4 dans Extrême Nord et Nord et 2 dans Adamaoua et Est).

Afin d'évaluer la couverture dans les différents contextes, les districts sanitaires ont tout d'abord été sélectionnés sur base de leurs données de performance du programme PCIMAS ; 6 districts sanitaires avaient une performance considérée élevée (2 dans Extrême Nord et Nord et 1 seul dans Adamaoua et Est) et 6 avaient une performance considérée faible. Dans les districts sanitaires sélectionnés, les équipes d'enquêteurs ont mis en œuvre une enquête SLEAC avec pour objectif de classer la couverture (sur une échelle à trois niveaux) et d'identifier les barrières à l'accès au programme PCIMAS ainsi que les facteurs favorisant l'accès au programme.

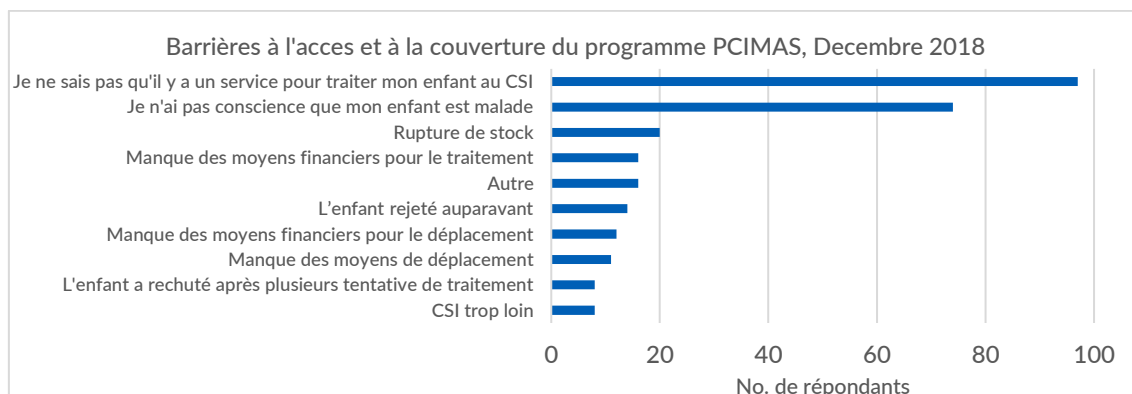
Les classifications de la couverture par district sanitaire ainsi que leur performance (selon les critères définis dans le protocole de l'enquête) sont indiqués dans la carte ci-dessous.



Il n'a pas été possible de classer la couverture dans le district sanitaire de Kette dans l'Est parce que l'équipe n'a pas pu atteindre la taille d'échantillonnage requise lors du délai prévu pour l'enquête.

Lors de la recherche des cas, quand un cas MAS était identifié mais n'était pas dans le programme PCIMAS, les enquêteurs ont estimé la raison primaire pour laquelle l'enfant n'était pas dans le programme avec l'aide d'un questionnaire structuré. La graphique ci-dessous consolide les huit premières raisons fournies par les accompagnants (les barrières à l'accès et à la couverture) pendant les enquêtes SLEAC des 12 districts sanitaires. Ces

barrières constituent 88% de toutes les barrières citées par les accompagnants des cas non-couverts (313 en total).



La méconnaissance de l'existence du programme et du fait que l'enfant ait été malade constituent les raisons principales de la couverture basse ou modérée dans tous les districts sanitaires enquêtés. Ces résultats soulignent une carence des activités de mobilisation communautaire dans les districts sanitaires enquêtés. Une analyse des résultats par région a ressorti des observations supplémentaires importantes :

- Les autres barrières importantes incluent la rupture de stock (surtout au Nord) et les rejets précédents du programme (surtout à l'Extrême Nord) ainsi que le manque de moyens pour le traitement et / ou pour le déplacement au CSI
- Globalement, pour les cas non-couverts, le traitement préféré était composé d'herbes ou racines médicinales (traitement au CSI étaient le 2ème choix)
- Le dépistage par les personnels des CSI représente la raison la plus importante pour laquelle les cas couverts sont entrés dans le programme
- 6 sur 10 de tous cas identifiés n'avaient jamais été mesurés avec les rubans MUAC dans leur foyer
- Parmi ceux qui avaient été mesurés à leur foyer, 60% ont été mesurés pendant le mois précédent et 40% il y a plus d'un mois.

Suite à la présentation des résultats, les équipes régionales de SDAN ont élaborées des recommandations détaillées par région qui se trouvent en Annexe 2. Les recommandations générales sont les suivantes:

1. Effectuer un diagnostic des services PCIMAS aux niveaux des centres de santé intégrés afin d'identifier les défis liés au traitement de la MAS et mettre en place les actions correctives adaptées à chaque contexte pour assurer une prise en charge de qualité
2. Réaliser des études qualitatives au niveau communautaire sur les croyances et perceptions culturelles de la malnutrition et les recours au soin pour les enfants malades dans certains districts sanitaires afin de mieux comprendre les facteurs ayant l'impact sur la couverture des programme PCIMAS
3. Mettre en place des stratégies de mobilisation communautaire pour le programme PCIMAS qui soient adaptées à chaque région
4. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie d'engagement des relais communautaires
5. Intégrer les activités de dépistage de la MAS dans les autres activités de santé
6. Mettre en œuvre les stratégies avancées pour les communautés éloignées des CSI

SOMMAIRE

Remerciements.....	5
Abbreviations.....	6
1. Introduction.....	7
1.1 Contexte.....	7
1.2 Enquêtes de couverture.....	8
1.3 La mise en œuvre de l'enquête de couverture de 2018.....	8
1.4 Objectifs.....	9
2. Méthodologie.....	10
2.1 Introduction à la méthodologie SLEAC.....	10
2.2 Zones des enquêtes de couverture.....	10
2.3 Echantillonnage.....	11
2.4 Analyses des données.....	12
3. Deroulement de l'enquête.....	14
3.1 Chronogramme.....	14
3.2 Comité de pilotage.....	14
3.3 Ressources humaines de l'enquête.....	14
3.4 Formation.....	15
3.5 Défis pendant la collecte des données.....	15
3.6 Résumé des villages visités et des tailles d'échantillon atteints.....	15
4. Résultats.....	17
4.1 Introduction.....	17
4.2 Données anthropométriques.....	17
4.3 Classification de la couverture.....	19
4.4 Les barrières à l'accès et à la couverture du programme PCIMAS.....	21
4.5 Facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PCIMAS.....	30
4.6 Analyses supplémentaires.....	31
5. Discussion.....	34
6. Recommandations.....	36
7. Annexes.....	38
Annexe 1: Résultats pertinents issus des enquêtes SLEAC dans tous districts sanitaires.....	38
Annexe 2: Recommandations et activités élaborées par les points focaux régionaux.....	44
Annexe 3: Recours au traitement par district.....	48
Annexe 4: Barrières à l'accès pour tous les districts sanitaires.....	50
Annexe 5: Facteurs facilitant l'accès et la couverture par district sanitaire.....	53

REMERCIEMENTS

L'enquête de couverture du programme PCIMAS dans les régions d'Extrême Nord, Nord, Adamaoua et Est a été rendue possible grâce au financement du bailleur KFW.

L'équipe de coordination de l'enquête de couverture souhaite adresser leurs remerciements à toutes les personnes ayant contribué à l'enquêtes et / ou qui ont aidé à son bon déroulement, notamment :

- Au Directeur de la Promotion de la Santé pour son soutien pendant le déroulement de l'enquête
- Au Sous-Directeur de l'alimentation et de la Nutrition
- Aux Délégations Régionales de Santé Publique de l'Extrême Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est qui ont autorisé et accompagné l'enquête dans leurs régions.
- Aux superviseurs régionaux des équipes de collecte de données qui ont pu coordonner une collecte de données réussie dans chaque région.
- Aux chefs d'équipe et aux enquêteurs qui ont été enthousiastes, attentifs et professionnels de la formation à la fin de la collecte des données.
- Aux chefs de village, aux relais communautaires et aux guides dans les villages sélectionnés pendant la recherche des cas.
- Et surtout aux accompagnants des cas dans toutes les régions pour leur participation et leur volonté de partager les informations avec les enquêteurs pendant l'enquête.

ABBREVIATIONS

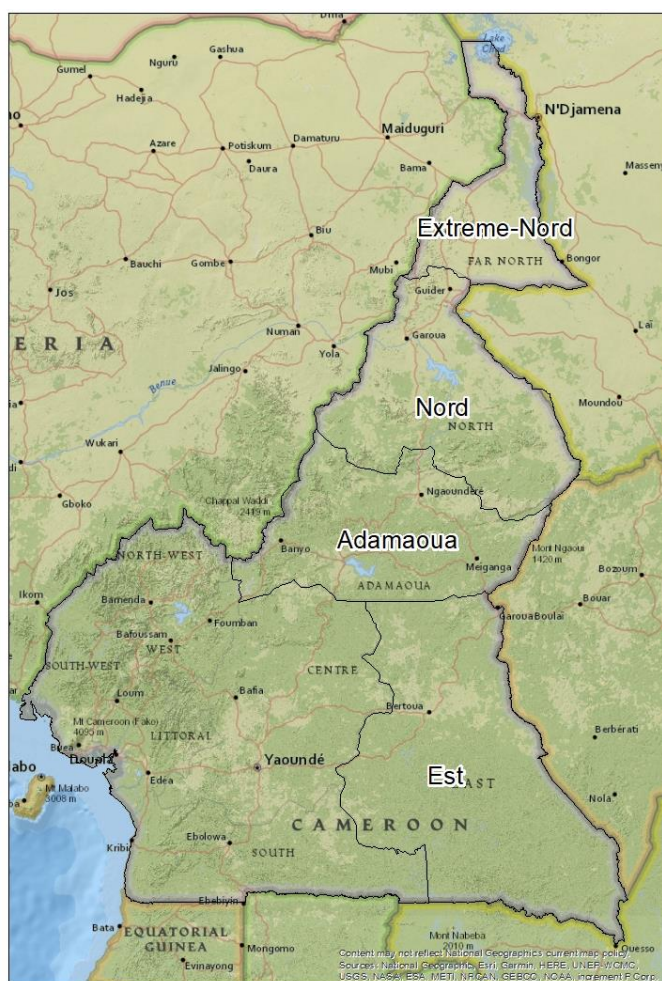
ACF	Action contre la Faim
BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population
Cin	Cas MAS identifiés pendant l'enquête qui étaient dans le programme PCIMAS
CNAS	Centres de Nutrition en Ambulatoire pour les sévères
CNTI	Centres de Nutrition Thérapeutiques en Interne
COPIL	Le Comité de Pilotage (de l'enquête de couverture)
Cout	Cas MAS identifiés pendant l'enquête qui n'étaient pas dans le programme PCIMAS
CRF	La Croix Rouge Française
CSI	Centre de Santé Intégrée
DPS	La Direction de la Promotion de la Santé
DRSP	Direction Régionale pour la Santé Publique
DS	District Sanitaire
IMC	International Medical Corps
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MSF	Médecins Sans Frontières
MUAC	Middle Upper Arm Circumference
ONG	Organisation non-gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCIMAS	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe Sévère
Rin	Cas identifiés pendant l'enquête qui étaient dans le programme PCIMAS mais qui n'étaient pas MAS
Rout	Cas qui étaient MAS mais qui ont été guéris sans admission dans le programme PCIMAS
RUTF	Ready to Use Therapeutic Food
SDAN	La Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage
SQUEAC	Semi-quantitative Evaluation of Access and Coverage

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

La malnutrition aiguë est un problème de santé publique au Cameroun. En effet, selon les résultats des enquêtes SMART des 8 dernières années, les régions de l'Extrême Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est présentent une situation précaire avec une prévalence d'enfants atteints par la malnutrition aiguë entre 5% et 10%. La dernière enquête SMART (2018), a relevé une prévalence de malnutrition aiguë sévère (MAS) au niveau du seuil d'urgence dans les régions de l'Extrême Nord (1.1%) et du Nord (1.0%).

Figure 1 : Les quatre régions « prioritaires » pour la mise en place des programmes PCIMAS au Cameroun



Face à cette situation, le Ministère de Sante de Cameroun en partenariat avec l'UNICEF met en œuvre depuis 2008 un programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) au sein des formations sanitaires avec des Centres de Nutrition en Ambulatoire pour les sévères (CNAS) et des Centres de Nutrition Thérapeutiques en Interne (CNTI) pour la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. A fin 2018, plus de 700 formations sanitaires dans 68 districts sanitaires offrent des services de PCIMAS dans les quatre régions. Chaque année

le programme admet plus de 60,000 enfants de moins de 5 ans. En lien avec les situations d'urgence à l'Extrême Nord et à l'Est, plusieurs ONG partenaires appuient la mise en œuvre de la prise en charge MAS dans les districts sanitaires (DS) ciblés (CRF, IMC, ACF, MSF, PLAN et ALIMA).

La dernière révision du protocole national de prise en charge date de 2013. A l'issue de cette révision, 1,174 personnels des formations sanitaires sur les 4 régions ont été formé. Cependant le niveau de mise en œuvre, de supervision ainsi que la forte rotation du personnel n'ont pas permis d'améliorer significativement la qualité du programme. En moyenne, les taux de guérison sont régulièrement au-dessus des standards de 75%, mais ces résultats cachent de grandes disparités. De plus, les taux d'abandon restent un problème majeur du programme avec des taux régulièrement au-dessus des 20% dû à la faiblesse du volet communautaire du programme (dépistage/référencement et suivi à domicile) entraînant des dépistages et référencements tardifs.

1.2 ENQUETES DE COUVERTURE

Le Cameroun n'avait encore jamais organisé d'enquête de couverture à large échelle pour le programme PCIMAS. Entre 2013 et 2018, seules certaines ONG partenaires du secteur (notamment IMC, CRF et ACF) ont réalisé des enquêtes de couverture, type SQUEAC, dans les districts qu'ils soutiennent dans la région de l'Extrême Nord.

Il apparaissait donc important, après cinq années de mise en œuvre du protocole national révisé, d'évaluer cette dimension indispensable à la mesure de l'efficacité du programme.

1.3 LA MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUETE DE COUVERTURE DE 2018

L'enquête de couverture du programme PCIMAS a été mise en place par l'équipe centrale de la Sous-Direction de l'Alimentation et Nutrition (SDAN) du Ministère de Sante. L'équipe de nutrition d'UNICEF Cameroun a recruté un consultant d'ACF UK qui a fourni le soutien technique à l'équipe SDAN pendant la mise en œuvre de l'enquête. Plus d'information sur la composition de l'équipe de l'enquête est disponible dans la section 3.3.

La méthodologie de l'évaluation de couverture la plus adaptée pour les zones vastes (comme les régions d'un pays) est la méthodologie SLEAC (Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage). A cause des contraintes de ressources et de temps disponibles, le consultant a proposé de mener des enquêtes SLEAC dans 12 districts sanitaires dans les quatre régions.

Le processus suivi pour la sélection des 12 districts sanitaires et la méthodologie de chaque enquête SLEAC est expliqué dans Section 2 de ce rapport. Le **protocole de**

l'enquête décrit de manière plus détaillée le processus suivi et les outils de l'enquête. Un rapport de collecte de données a été également préparé à la suite de l'enquête¹.

1.4 OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général de l'enquête était d'évaluer la couverture du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) dans une sélection de districts sanitaires dans les régions d'Adamaoua, Est, Extrême Nord et Nord et d'identifier les barrières d'accès au traitement.

Objectifs spécifiques

- Sélectionner 12 districts sanitaires pour la mise en place des enquêtes de couverture dans les quatre régions.
- En utilisant la méthodologie SLEAC, classifier la couverture du programme PCIMAS dans les districts sanitaires sélectionnés à l'aide d'un système de classification de trois tiers.
- Identifier et analyser les facteurs de blocage à l'accès et la couverture des soins du programme PCIMAS dans les districts sanitaires sélectionnés.
- Identifier et analyser les facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PCIMAS dans les districts sanitaires sélectionnés.
- Former les partenaires du secteur nutrition au Cameroun et le personnel d'enquête sur la méthodologie.
- Générer des recommandations pratiques qui conduiront au meilleur accès et à la meilleure couverture du programme PCIMAS.

¹ Le Protocole de l'enquête et le Rapport de Collecte de Données ne font pas partie de ce rapport. Si nécessaire, ces documents peuvent être partagé par l'équipe de nutrition d'UNICEF Cameroun ou par l'équipe centrale de SDAN

2. METHODOLOGIE

2.1 INTRODUCTION A LA METHODOLOGIE SLEAC

Les enquêtes de couverture dans les district sanitaires (DS) sélectionnés ont été mises en place en utilisant la méthodologie SLEAC.

La méthodologie SLEAC a été développée par Valid International, FANTA, Brixton Health, Concern Worldwide, Action Contre la Faim et World Vision² 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 d'accès au traitement.

La méthodologie SLEAC est la méthode la plus adaptée pour une évaluation rapide de la couverture au niveau d'un DS. Elle permet aux équipes d'enquêteurs de « classer » la couverture dans un DS pendant une phase de collecte de données assez rapide. Avec 3 équipes d'enquêteurs, il est possible d'effectuer la collecte de données en 4 ou 5 jours. La méthodologie peut également permettre une estimation de la couverture dans les grandes zones géographiques (ex. au niveau régional) si les résultats de plusieurs districts sanitaires contigus sont combinés. Lors d'une enquête SLEAC, la couverture est typiquement (1) classifiée et géo-localisée sur une carte au niveau district et (2) estimée à l'échelle régionale ou nationale.

La méthodologie SLEAC permet de décrire la couverture dans le DS évalué selon trois niveaux : « faible », « modérée » ou « élevée ». La méthode de classification est dérivée de la technique de classification LQAS simplifiée qui permet une classification à deux ou trois niveaux. L'avantage de cette approche est qu'il suffit d'utiliser un échantillon relativement petit (de 22 à 40 cas MAS) pour effectuer une classification précise et fiable.

Pendant les enquêtes SLEAC au Cameroun, une méthode de classification à trois niveaux a été utilisée dans le but de distinguer les unités de prestation de service à couverture très élevée des unités de services à couverture très faible. Les seuils de couverture ont été calculés à l'aide des formules appropriées figurant dans la Référence Technique SLEAC et validés par le Comité de Pilotage.

2.2 ZONES DES ENQUETES DE COUVERTURE

Un total de 12 districts sanitaires dans les quatre régions a été sélectionné pour la mise en œuvre des enquêtes SLEAC au Cameroun.

Pourquoi seulement 12 districts sanitaires ?

Pour obtenir les classifications pour chacun des 68 DS dans les quatre régions, il aurait été nécessaire d'effectuer 68 enquêtes SLEAC individuelles. Le comité de pilotage de l'enquête a donc décidé d'effectuer les enquêtes de couverture dans 12 districts

² 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.

sanitaires. Les résultats issus de ces 12 enquêtes ont aidé les partenaires du secteur et les points focaux régionaux à élaborer les actions correctives pour améliorer les programmes PCIMAS dans les districts sanitaires. Il sera également possible de répliquer ces actions dans les districts sanitaires voisins.

Les districts sanitaires ont été sélectionnés sur base de la performance globale estimée de leur programme PCIMAS sur l'année 2018. Le processus pour l'évaluation de leur performance et la sélection des districts est détaillé dans le protocole de l'enquête. Les districts sanitaires sélectionnés et leur performance (basé sur les données de performance) sont présentés dans la Figure 2.

Figure 2 : Districts sanitaires sélectionnés pour les enquêtes SLEAC



2.3 ECHANTILLONAGE

La méthodologie SLEAC utilise un plan de sondage à deux degrés. 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 dans chaque district sanitaire ont d'abord été sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié à partir d'une liste exhaustive des villages concernés et regroupés par aire de santé.

Ensuite, l'échantillonnage au niveau de chaque village a suivi la méthode de recherche de cas « active et adaptative » qui a permis la recherche des enfants répondant aux critères

d'admission des programmes PCIMAS en utilisant une définition de cas pendant les visites aux ménages avec des enfants âgés de 6 à 59 mois.

Les deux étapes d'échantillonnage pour les enquêtes SLEAC au Cameroun sont expliquées plus en détail dans le protocole de l'enquête et dans le rapport de collecte de données.

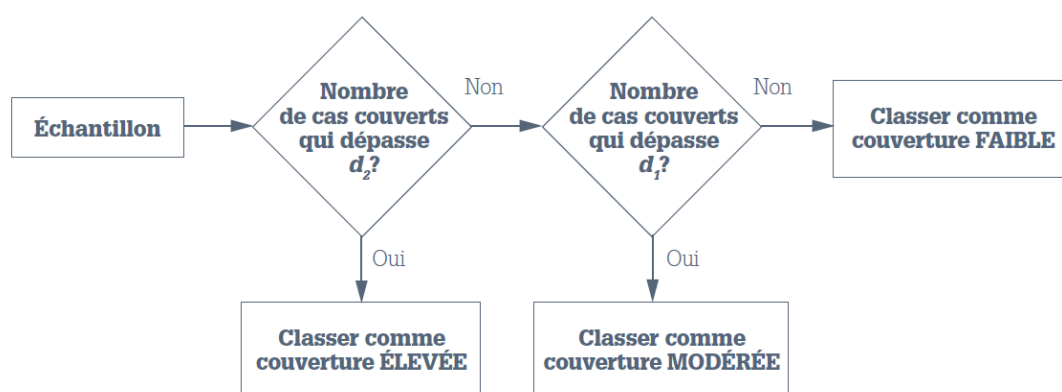
2.4 ANALYSES DES DONNEES

2.4.1. Système de classification

La méthodologie SLEAC utilise un système de classification basé sur le « Lot Quality Assurance Sampling ». Ce système permet à l'équipe de classer la couverture sur une échelle de deux ou trois tiers. L'analyse des données ne nécessite pas d'encodage ou de traitement par un logiciel spécifique.

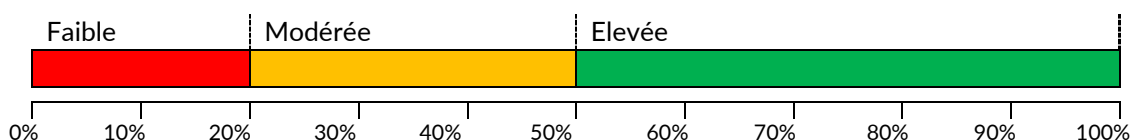
A la fin de la recherche de cas, l'équipe peut analyser les résultats et déterminer si la couverture est faible, modérée ou élevée. La figure 3 montre le système de classification.

Figure 3 : Système de classification de trois tiers pendant une enquête SLEAC



Les valeurs d ont été calculées sur base des proportions de couverture appropriées pour le contexte.

Le comité de pilotage de l'enquête a décidé que le système de classification pour l'enquête de couverture au Cameroun serait le suivant :



Comme l'enquête a utilisé l'estimateur de couverture unique, avant de classer la couverture, il a été nécessaire de calculer le chiffre pour les cas en voie de guérison qui n'étaient pas dans le programme au moment de l'enquête (*Rout*). Les formules pour calculer ce chiffre sont incluses dans le protocole de l'enquête.

2.4.2. Données qualitatives

Pendant les enquêtes, dès qu'un enquêteur identifiait un cas (soit un cas dans le programme PCIMAS, soit un cas hors du programme PCIMAS), un questionnaire directif

était administré à l'accompagnant de l'enfant (un exemple du questionnaire est disponible dans le protocole de l'enquête). Les questionnaires ont été remplis sur smartphones en utilisant le logiciel KoboCollect.

Ce questionnaire permettait d'identifier la raison principale pour laquelle l'enfant était dans le programme (pour les cas couverts) ou la raison principale pour laquelle l'enfant n'était pas dans le programme (pour les cas non-couverts).

Dans le questionnaire pour les cas couverts identifiés pendant l'enquête (*Cin*³ et *Rin*⁴), les enquêteurs ont demandé aux accompagnants de spécifier pourquoi il/elle avait décidé d'amener leur enfant au CSI. Les enquêteurs ont dû choisir une option dans une liste de validation, ou de spécifier la raison si elle n'était pas dans la liste.

Le questionnaire pour les cas non-couverts a été structuré logiquement afin d'aider l'enquêteur à identifier la raison principale pour la non-couverture. Les questions et la logique du questionnaire ont été organisé comme suit:

1. La première question était : *Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?* Si l'accompagnant répondait *Non* à cette question, il était possible de conclure que l'enfant n'était pas dans le programme parce que l'accompagnant n'était pas au courant du fait que leur enfant était malade. Donc l'enquêteur ne posait pas de question supplémentaire concernant les barrières à l'accessibilité.
2. Si l'accompagnant était au courant du fait que son enfant était malade, l'enquêteur posait les questions suivantes : *De quels symptômes souffre votre enfant?*, *Quelle maladie a causé ces symptômes?*, *Comment avez-vous essayé de traiter cette maladie ou comment allez-vous la traiter?*, *Qui a pris une décision sur ce moyen de traitement ?* et *Savez-vous qu'il y a un service au CSI pour bénéficier du traitement ?*. Si l'accompagnant répondait *Non* à la dernière question, on pouvait conclure que l'accompagnant n'était pas au courant qu'un programme existe. Si c'était le cas, l'enquêteur ne posait pas de question supplémentaire concernant les barrières à l'accessibilité, et il était possible de conclure qu'un manque de connaissance de l'existence du programme était la raison principale pour leur non-participation dans le programme.
3. Si l'accompagnant était au courant du fait que leur enfant était malade, et il/elle savait qu'un programme existe pour traiter sa maladie, l'enquêteur demandait *Pourquoi n'avez-vous pas amené votre enfant au CSI pour bénéficier du traitement ?* Selon la réponse de l'accompagnant, l'enquêteur cochant une raison sur une liste des barrières communes. Ou, si la raison n'était pas dans la liste, il/elle cochant *Autre* et pouvait ajouter la raison spécifique.

A la fin de chaque journée, ou dès que l'équipe disposait d'une connexion internet, les questionnaires étaient enregistrés sur la base de données partagée. A la fin de la collecte des données, le conseiller technique de l'enquête a effectué une analyse de la base de données afin de faire une analyse qualitative des réponses.

³ Les cas MAS dans le programme PCIMAS

⁴ Les cas qui n'étaient pas MAS au moment de l'enquête mais qui étaient encore dans le programme parce qu'ils n'ont pas atteint les critères de décharge

3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

3.1 CHRONOGRAMME

L'enquête a eu lieu au mois de décembre 2018. Le chronogramme de la formation des équipes et de la collecte des données est donné dans le tableau 1.

Tableau 1: Chronogramme du déroulement de l'enquête

	DECEMBRE																							
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L					
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
Formation des superviseurs																								
Formation des énumérateurs																								
Préparation avec les superviseurs et chefs d'équipe																								
Préparation des équipes et voyages aux régions																								
Collecte des données dans Adamaoua																								
Collecte des données dans Nord																								
Collecte des données dans Extrême Nord																								
Collecte des données dans Est																								
Les équipes rentrent dans leurs régions																								

3.2 COMITE DE PILOTAGE

Un comité de pilotage (COPIL) a été établi pour l'enquête. Le comité de pilotage a eu comme objectifs :

- Réviser et valider le protocole de l'enquête de couverture
- Valider les résultats de l'enquête

Composition du COPIL:

- La Sous-Direction de l'Alimentation et Nutrition
- L'équipe de nutrition d'UNICEF Cameroun
- Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP)
- Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT)
- Les ONGs (Action Contre la Faim, Helen Keller International, Demtoun International)

Le COPIL s'est réuni avant la mise en œuvre de l'enquête pour la validation du protocole et après l'enquête pour la validation des résultats.

3.3 RESSOURCES HUMAINES DE L'ENQUETE

L'équipe de l'enquête comprenait :

- Un conseiller technique (le consultant d'ACF UK)
- Deux superviseurs centraux
- Six superviseurs régionaux

- 18 chefs d'équipes
- 54 enquêteurs

Les superviseurs centraux étaient issus de la SDAN au sein du Ministère de Santé à Yaoundé. Les superviseurs régionaux étaient les points focaux de nutrition dans les 4 régions de l'enquête.

Les chefs d'équipes et les enquêteurs ont été recrutés par l'équipe de la SDAN. Pour être sélectionné, les enquêteurs ont dû remplir au moins un des critères suivants :

- Une expérience précédente dans une enquête SMART
- Etre étudiant dans le domaine de la nutrition ou de la santé
- Avoir une bonne connaissance d'une des régions de l'enquête

A la fin de la formation, l'équipe de SDAN a sélectionné les 18 chefs d'équipe sur base de leur performance pendant la formation et leur expérience précédente des enquêtes SMART.

Les enquêteurs ont été répartis dans 18 équipes : 6 pour Extrême Nord et Nord, et 3 pour Adamaoua et Est. Chaque équipe comprenait un chef d'équipe et trois enquêteurs.

3.4 FORMATION

La formation des superviseurs et des enquêteurs a inclus les étapes clés à suivre pour effectuer une recherche des cas exhaustive et de qualité. Les modules qui ont été inclus dans la formation sont décrits plus en détail dans le rapport de collecte de données.

A la fin de la formation chaque enquêteur a reçu un guide de l'enquêteur pour faciliter la mise en œuvre des différentes étapes de l'enquête sur le terrain.

3.5 DEFIS PENDANT LA COLLECTE DES DONNEES

Globalement, la collecte des données s'est déroulé sans problèmes.

Les défis principaux qui sont ressortis pendant l'enquête incluait l'insécurité dans certains villages, l'inaccessibilité de certaines villages et l'incapacité des équipes à trouver certains villages. Ces défis, et les étapes suivies pour les adresser, sont détaillés dans le rapport de collecte de données.

3.6 RESUME DES VILLAGES VISITES ET DES TAILLES D'ECHANTILLON ATTEINTS

Le Tableau 2 résume le nombre de villages visités dans chaque district sanitaire et les tailles d'échantillons atteints. Les tailles d'échantillons incluent la somme des « cas » identifiés dans chaque district sanitaire. Les cas ont inclus :

- Cin : Cas MAS dans le programme PCIMAS
- Cout : Cas MAS hors du programme PCIMAS

- Rin : Cas en voie de guérison (c'est-à-dire les cas qui ne sont pas MAS, mais qui sont encore dans le programme PCIMAS)

Dans certains districts (Bibemi, Mokolo et Pette), les tailles d'échantillon n'avaient pas été atteintes à la suite de la première recherche des cas dans les villages sélectionnés. Dans ces districts sanitaires, des villages supplémentaires ont été sélectionnés afin d'atteindre la taille d'échantillon requise. Seul le DS de Kette n'a pas réussi à atteindre la taille d'échantillon. Il n'a donc pas été possible de classer la couverture dans ce district sanitaire. Cependant, les résultats de la recherche de cas ont pu être analysés afin d'identifier les actions correctives à mener dans le district sanitaire.

Tableau 2: Résumé des villages visités et des tailles d'échantillons atteints par district sanitaire pendant l'enquête de couverture

Region	District sanitaire	No. de villages calculés	Villages supplémentaires	Total visités		Taille d'echantillon	Cas trouvés	% de taille d'echantillon atteint
Adamaoua	Ng'dere Rural	31	0	31		33	34	103%
Adamaoua	Meiganga	29	0	29		33	45	136%
Est	Bertare Oya	32	0	32		32	51	159%
Est	Kette	29	0	29		26	22	85%
Nord	Ngong	24	0	24		33	41	124%
Nord	Golombe	33	0	33		25	56	224%
Nord	Pitoea	27	0	27		32	43	134%
Nord	Bibemi	25	10	35		31	48	155%
Extreme Nord	Mokolo	25	4	29		33	39	118%
Extreme Nord	Goulfey	25	0	25		32	47	147%
Extreme Nord	Pette	25	3	28		29	29	100%
Extreme Nord	Maga	25	0	25		33	41	124%
TOTAL		330	17	347		372	496	133%

4. RESULTATS

4.1 INTRODUCTION

Pendant les enquêtes SLEAC dans les quatre régions, les équipes de collecte des données ont effectué la recherche de cas dans 347 villages. Pendant ce processus, ils ont identifié un total de 497 cas selon la définition des cas incluse dans le guide de l'enquêteur.

Cette section synthétise et, si possible, analyse les résultats principaux issus de la recherche des cas. Les données anthropométriques sont présentées, suivies par les classifications de la couverture (selon le protocole de l'enquête). Finalement, la section résume les données et les observations clés des données qualitatives issues des questionnaires complétés sur KoboCollect.

4.2 DONNEES ANTHROPOMETRIQUES

4.2.1. Résumé des enfants mesurés

Pendant les enquêtes SLEAC, les équipes de collecte de données ont effectué la recherche des cas en utilisant les rubans MUAC et la vérification des œdèmes bilatéraux. Pour chaque enfant mesuré, la mesure de MUAC et le résultat de la détection des œdèmes ont été enregistrés dans une fiche de collecte des données.

En fonction des résultats anthropométriques, chaque enfant a été enregistré comme MAS, MAM ou Bien Portant (BP). Ces résultats sont résumés, par région, dans le Tableau 3.

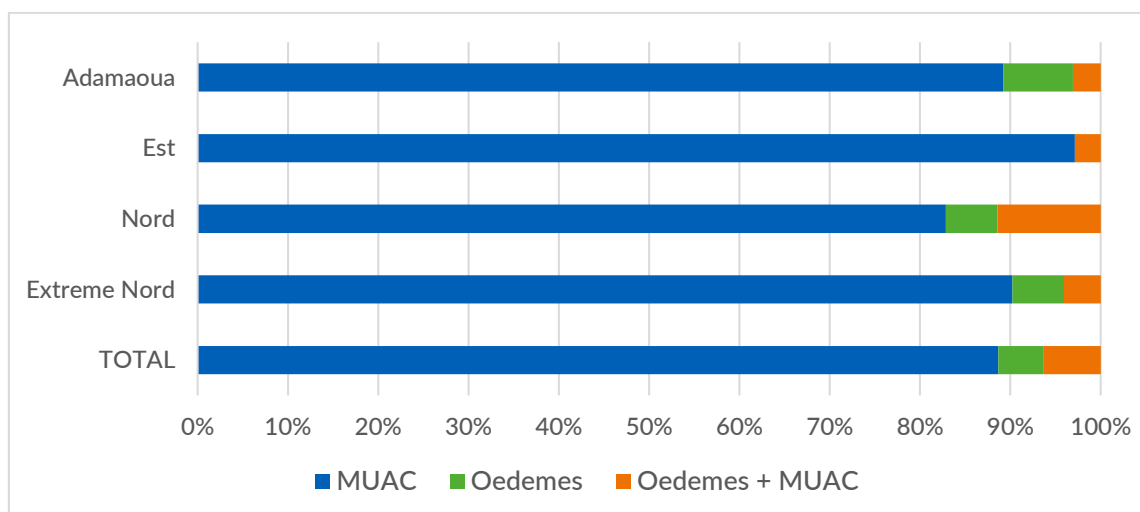
Tableau 3 : Résumé des enfants mesurés dans toutes les régions

	No. de district sanitaires visités	Enfants mesurés	Bien portant	MAM	MAS
Adamaoua	2	3411	3200	146	65
Est	2	1816	1585	161	70
Nord	4	8314	7776	398	140
Extreme Nord	4	5300	4797	380	123
TOTAL	12	18841	17358	1085	398

Il est important de préciser que les équipes n'ont pas mesuré tous les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les villages visités. Ils ont mesuré seulement les enfants qui, selon eux, ont montré les symptômes de malnutrition aigüe (recherche adaptée et sélective des cas).

Le graphique 1 montre, par région et au total, la proportion des cas MAS identifiée en fonction des trois critères d'admission possibles pendant la recherche des cas : par MUAC ; par présence des œdèmes ; ou par présence des œdèmes et par MUAC.

Graphique 1 : Proportion des cas MAS identifiés en fonction des trois critères d'admission du protocole de l'enquête SLEAC



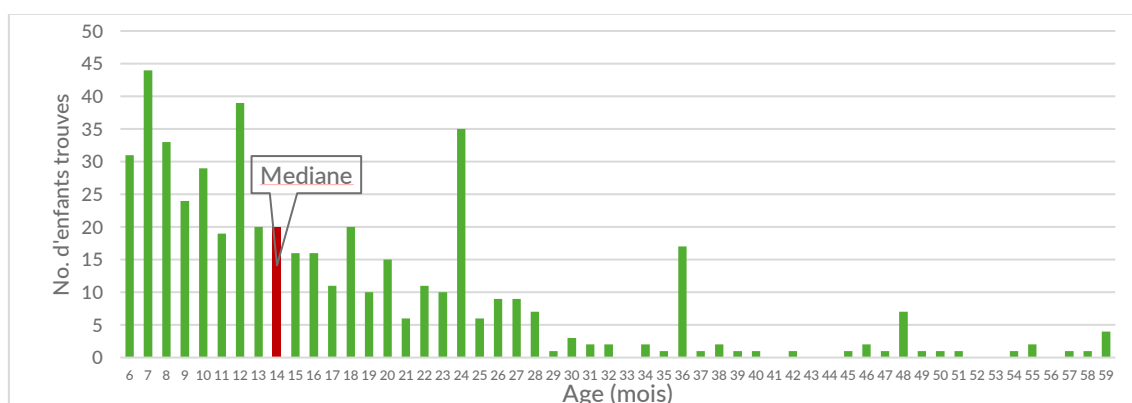
Le graphique indique que globalement plus de 10% des cas MAS identifiés présentaient des œdèmes. La proportion la plus importante a été dans le Nord où plus de 17% des cas (24 cas MAS parmi les 140 identifiés dans la région) présentaient des œdèmes.

Parmi les cas identifiés, il a été trouvé qu'il n'y avait pas de lien entre la présence des œdèmes et la couverture. Autrement dit, la proportion des cas MAS par MUAC qui étaient couverts par le programme PCIMAS était semblable à la proportion des cas MAS par œdèmes qui étaient couverts. Par ailleurs, l'analyse indique que, dans les communautés où ils effectuent le dépistage, les agents de santé communautaires identifient les cas MAS en utilisant les rubans MUAC ainsi que la vérification des œdèmes.

4.2.2. Ages des cas identifiés

Comme montré dans le graphique 2, l'âge médian de l'ensemble des cas identifiés pendant l'enquête était de 14 mois et 82% des enfants (409 parmi 497) avait de 6 à 24 mois. Ceci indique que les enfants de moins de 24 mois sont plus vulnérables à la MAS dans les quatre régions enquêtées (ces mêmes tendances sont observées dans les différentes enquêtes SMART chaque année).

Graphique 2 : Les âges des cas identifiés pendant l'enquête SLEAC



4.3 CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE

A la fin de la collecte des données dans un district sanitaire, les superviseurs (ou dans les régions les chefs d'équipes) ont partagé les résultats obtenus pour les trois types de cas possibles : *Cin*, *Cout* et *Rin*. Avec ces données, si la taille d'échantillon était atteint, il était possible de calculer le chiffre pour *Rout*⁵ et ensuite de classer la couverture dans chaque district sanitaire.

Les totaux par district sanitaire et les classifications sont montrés dans le Tableau 4. Les colonnes « 20% » et « 50% » indiquent les proportions de couverture. Donc D1 est le seuil de décision entre une couverture basse et une couverture modérée, et D2 est le seuil de décision entre une couverture modérée et une couverture élevée. Pour arriver à la classification finale, on compare le numérateur avec les seuils de décision.

Tableau 4 : Cas trouvés et classifications par district sanitaire

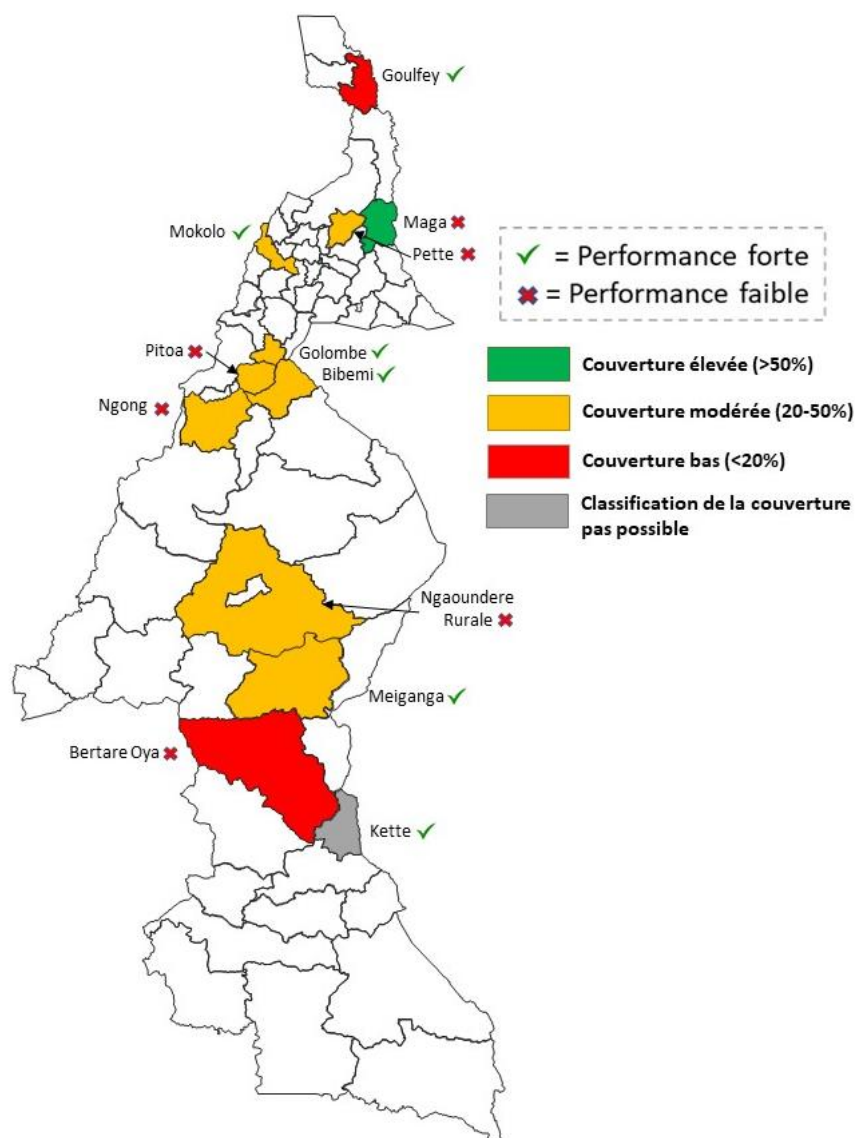
Région	District sanitaire	Cin	Cout	Rin	Rout	Dénominateur	Numérateur	20%	50%	Classification
						Cin + Cout + Rin + Rout	Cin + Rin	D1	D2	
Adamaoua	Ngdere Rural	4	22	8	11	45	12	9	22	Modérée
	Meiganga	11	28	6	4	49	17	9	24	Modérée
Est	Bertare Oya	3	48	0	0	51	3	10	25	Basse
	Kette	1	18	3	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Nord	Ngong	7	16	18	12	53	25	10	26	Modérée
	Golombe	9	32	15	16	72	24	14	36	Modérée
	Pitoa	7	30	6	7	50	13	10	25	Modérée
	Bibemi	10	29	9	7	55	19	11	27	Modérée
Extrême Nord	Mokolo	9	20	11	7	47	20	9	23	Modérée
	Goulfey	5	36	6	12	59	11	11	29	Basse
	Pette	6	17	6	4	33	12	6	16	Modérée
	Maga	13	17	11	4	45	24	9	22	Elevée

Les classifications sont également montrées dans la Figure 3.

Malheureusement, en raison du fait que la taille d'échantillon n'a pas été atteint dans le DS de Kette, il n'était pas possible de classer la couverture du programme PCIMAS dans ce district sanitaire. Par contre on peut constater que parmi les 22 cas identifiés, seulement 4 étaient dans le programme. Donc on peut supposer que la couverture est basse ou modérée dans Kette.

⁵ *Rout* signifie « Cas en voie de guérison qui ne sont pas dans le programme PCIMAS ». Il est nécessaire de calculer ce chiffre afin de classer la couverture en utilisant l'estimateur de couverture unique. Plus d'informations sont disponibles dans le protocole de l'enquête.

Figure 3: Classifications de la couverture du programme PCIMAS dans les districts sanitaires sélectionnés pour l'enquête de couverture



Parmi tous les districts sanitaires enquêtés dans les quatre régions, le district sanitaire de Maga dans l'Extrême Nord a été le seul district avec une classification élevée. A priori, basé sur les données de performance du programme PCIMAS, il avait été supposé que la couverture dans Maga pourrait être basse ou modérée.

Par contre il avait été supposé que Gouffey, du fait de l'analyse des performances, pourrait avoir une couverture élevée (taux de guérison du programme de 91% de Janvier à Septembre 2018, soutien technique des ONGs pour la mise en œuvre du programme, déroulement d'un programme de PB Mamans. Cependant, le nombre de cas couverts trouvés par les équipes (11 cas) n'a pas dépassé D1 (11), la couverture a donc été classifiée comme basse. Les raisons fournies par les accompagnants des cas non-couverts seront analysées plus tard dans ce rapport.

L'autre district sanitaire classifié comme « basse » a été Bertare Oya à l'Est. Pendant la recherche de cas dans ce district, les équipes ont identifié 51 cas MAS – seulement 3 de

ces cas étaient dans le programme PCIMAS. On peut donc supposer que globalement le programme PCIMAS dans l'Est fait face aux problèmes de recrutement des cas MAS.

Tous les autres districts sanitaires ont été classifiés « modérée ». C'est-à-dire que leur couverture se situe entre 20% et 50%. Dans l'ensemble, à l'exception de Betare Oya, ces résultats indiquent que dans les quatre régions, il n'y a pas de lien entre la performance d'un district sanitaire selon les données de performance du programme PCIMAS et la couverture du programme PCIMAS.

4.4 LES BARRIERES A L'ACCES ET A LA COUVERTURE DU PROGRAMME PCIMAS

4.4.1. Introduction

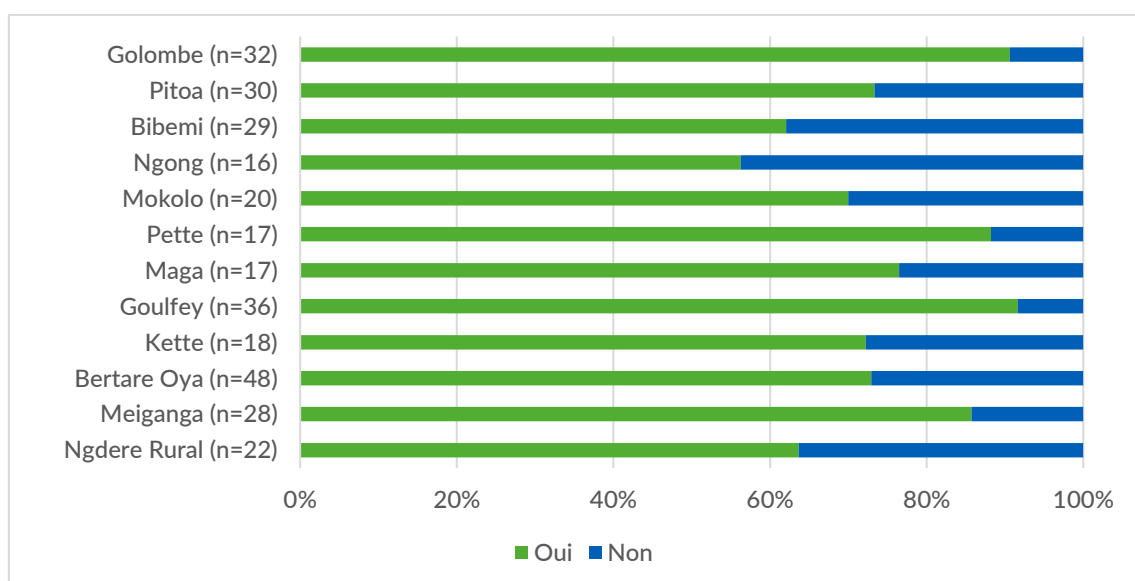
Comme expliqué dans la section 2.4.2, l'objectif principal du questionnaire pour les cas MAS identifiés qui n'étaient pas dans le programme PCIMAS a été d'identifier la raison principale pour laquelle l'enfant n'était pas dans le programme au moment de l'enquête. Dans cette section, les résultats sont présentés et analysés dans l'ordre des questions dans le questionnaire.

A la fin de cette section et dans l'Annexe 4 on peut voir un résumé des barrières à l'accès au programme PCIMAS globalement et par district sanitaire.

4.4.2. La reconnaissance de la maladie

Parmi les 313 cas MAS non couverts identifiés pendant l'enquête SLEAC, pour 74 (24%) les accompagnants n'avaient pas reconnu que leur enfant était malade. Le Graphique 3 montre les résultats par district sanitaire.

Graphique 3 : Réponses à la question, *Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?* pour les cas non-couverts, tous districts sanitaires

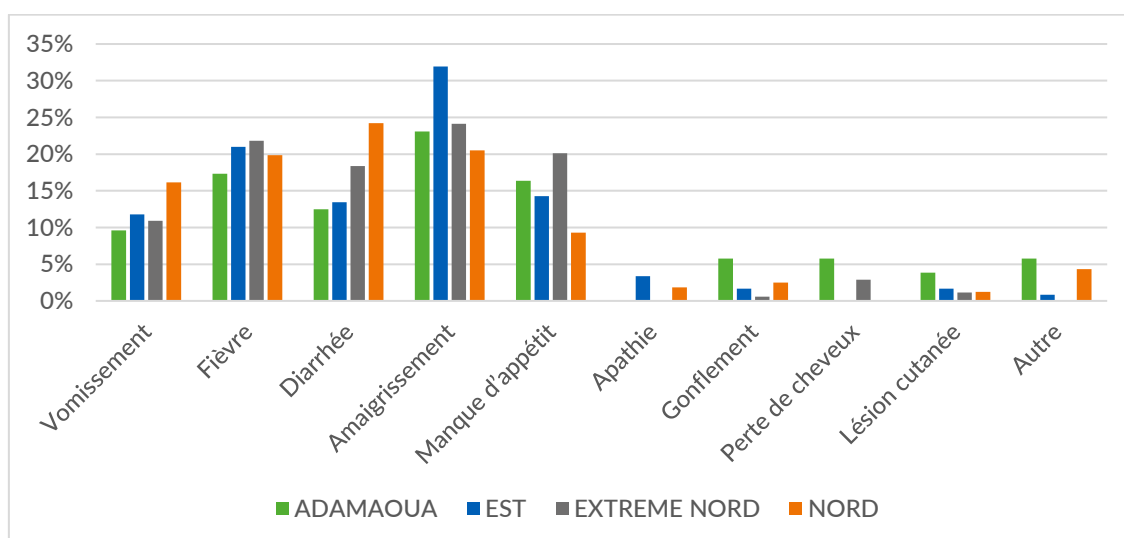


On peut constater des divergences entre les districts sanitaires. Dans les districts sanitaires de Goulfey et Pette dans l'Extrême Nord, Golombe dans le Nord et Meiganga dans l'Adamaoua, plus de 80% des accompagnants des cas MAS ont reconnu que leur enfant était malade. Cela suggère donc que dans ces districts sanitaires, les communautés avaient été sensibilisées précédemment sur les signes potentiels des maladies des enfants. Par contre dans d'autres districts sanitaires (Ngong et Bibemi dans Nord et Ngaoundere Rural dans l'Adamaoua) ce chiffre tombe à environ 1 sur 3 accompagnants des cas non-couverts, ce qui suggère que les sensibilisations sont moins fréquentes.

4.4.3. Symptômes de la maladie

Si l'accompagnant avait reconnu que l'enfant était malade, l'enquêteur lui demandait d'identifier les symptômes principaux de cette maladie. En fonction de la réponse de l'accompagnant, l'enquêteur a pu cocher plusieurs symptômes fréquents, ou il/elle a pu ajouter un symptôme spécifique. Entre les districts il n'y avait pas de différences significatives. Mais entre les régions on peut constater des différences comme le montre le Graphique 4.

Graphique 4 : Symptômes identifiés par les accompagnants des cas MAS non-couverts



Globalement, et dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est et de l'Extrême Nord, l'amaigrissement a été le symptôme identifié le plus fréquemment, suivi par la fièvre et la diarrhée. Mais dans la région du Nord, on peut constater que la diarrhée a été le symptôme le plus commun, suivi par l'amaigrissement et la fièvre. Les vomissements sont également sortis comme un symptôme important pendant les entretiens.

Par contre, on peut conclure que les cinq symptômes les plus fréquents dans toutes les régions ont été (en ordre d'importance) l'amaigrissement, la fièvre, la diarrhée, le manque d'appétit et les vomissements. A l'exception de 12 cas, au moins l'un de ces cinq symptômes a été identifié par tous les accompagnants des cas MAS non-couverts.

4.4.4. Causes de la maladie

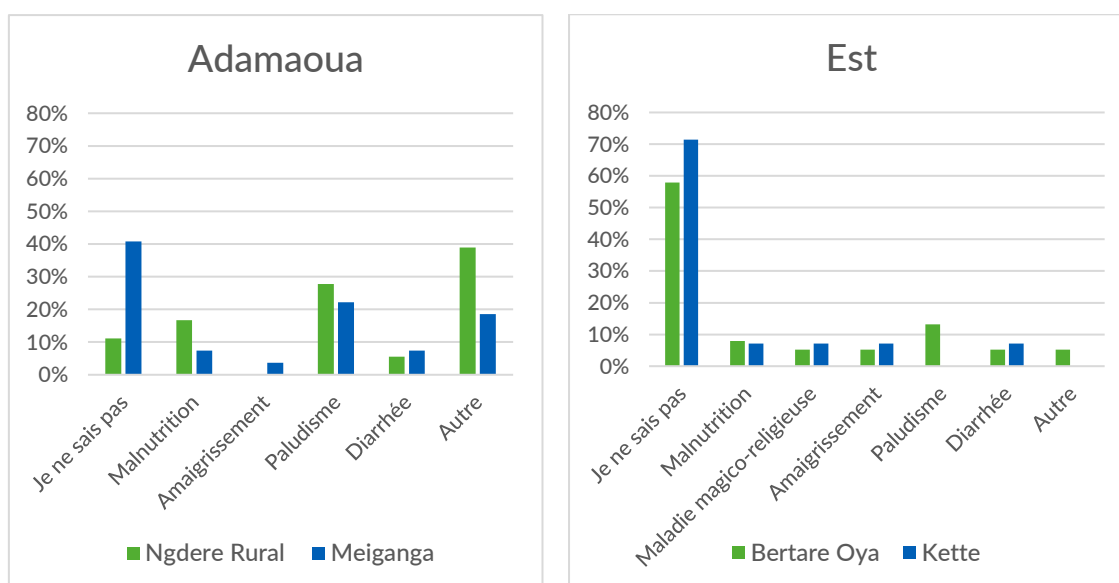
Ensuite l'enquêteur demandait à l'accompagnant s'il/elle pouvait identifier la maladie qui avait causé ces symptômes. Encore une fois, l'enquêteur a pu cocher plusieurs options dans une liste des maladies fréquentes (y compris '*Je ne sais pas*').

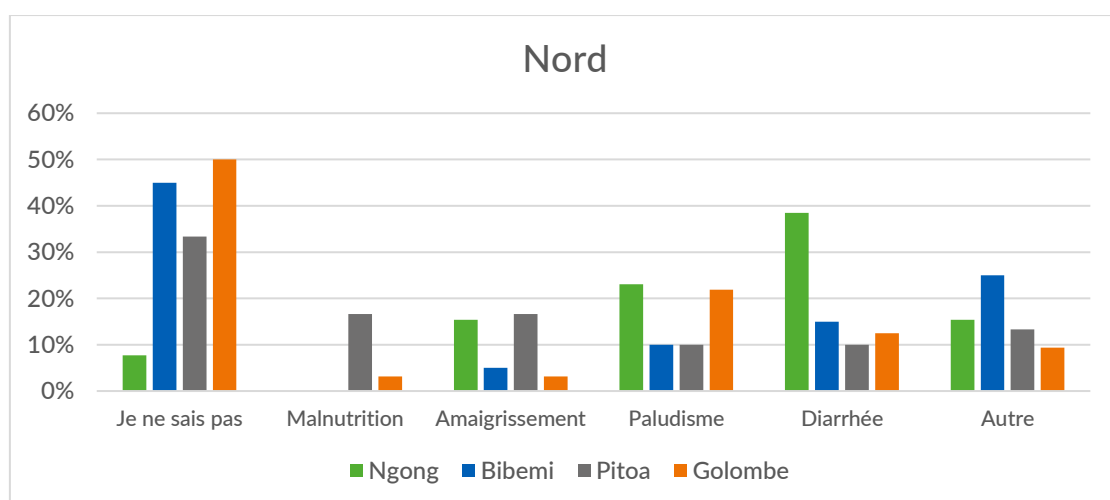
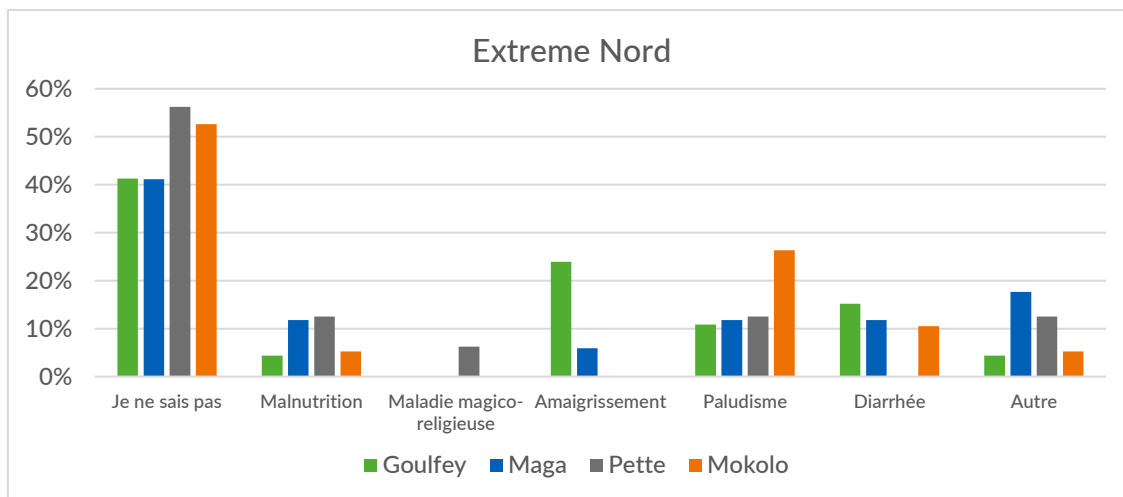
Parmi tous les répondants dans les quatre régions qui étaient conscient que leur enfant était malade (244), 118 (48%) ont dit qu'il/elle ne savait pas quelle maladie avait causé les symptômes. La région la plus élevée était l'Est, où 63% des répondants a dit qu'il/elle ne savait pas la cause de la maladie, suivi par l'Extrême Nord (50%), Nord (44%) et Adamaoua (32%).

Les résultats par région et par district sanitaire sont repris dans les Graphiques 5 à 8. On peut constater que la malnutrition a été rarement identifiée comme la maladie de l'enfant (sauf dans Ngaoundere Rural dans l'Adamaoua et Pitoa dans l'Extrême Nord). Par contre, les accompagnants dans les autres districts sanitaires du Nord, de l'Adamaoua et de l'Extrême Nord ont pu identifier une maladie commune telle que diarrhée ou paludisme qui avait pu entraîner un recours au centre de sante intégrée.

La reconnaissance de la malnutrition et d'autres maladies communes a été très basse dans les deux districts sanitaires de l'Est en comparaison avec le nombre d'accompagnants qui ont dit qu'ils/elles ne connaissaient pas la cause de la maladie.

Graphiques 5 à 8 : Les maladies perçues des cas MAS non-couverts dans les quatre régions



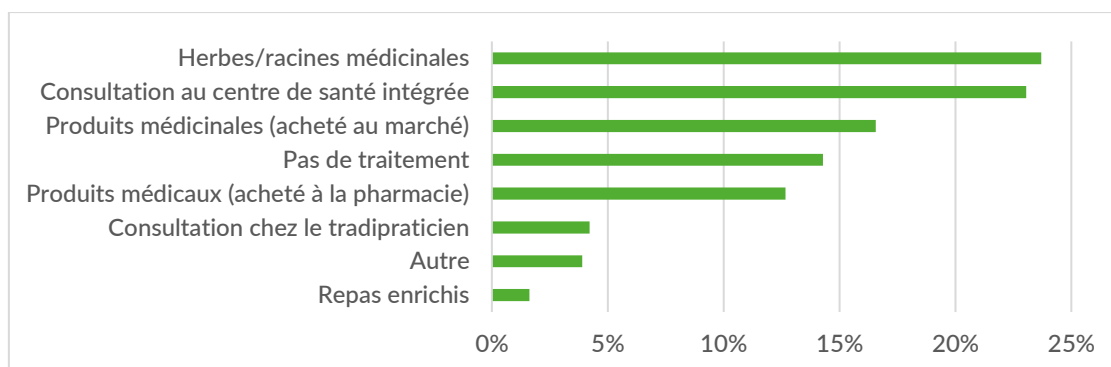


4.4.5. L'itinéraire thérapeutique

La question suivante concernait le recours aux soins pour traiter la maladie de l'enfant. Une synthèse des réponses fournies est présentée dans le Graphique 9 et par district sanitaire en Annexe 3.

Globalement, la réponse la plus fréquente a été le traitement avec les herbes / racines médicinales suivi de près par la consultation au centre de sante intégrée. Ces résultats montrent une préférence pour le traitement avec les méthodes traditionnelles qui pourraient être nuisibles pour les enfants. De plus la troisième raison la plus fréquente a été d'acheter les produits médicaux au marché, qui pourrait inclure des traitements nuisibles. La quatrième raison la plus fréquente fournie a été « Pas de traitement ». C'est-à-dire qu'en dépit du fait que l'accompagnant a reconnu une maladie chez l'enfant, ils n'ont pas pu les traiter, ou ils n'ont pas eu l'intention de le faire. Les raisons potentielles pour cette décision sont analysées dans la section suivante.

Graphique 9 : Recours au traitement, synthèse des réponses dans toutes les régions



On peut constater les différences entre les districts sanitaires dans les graphiques de l'annexe 3.

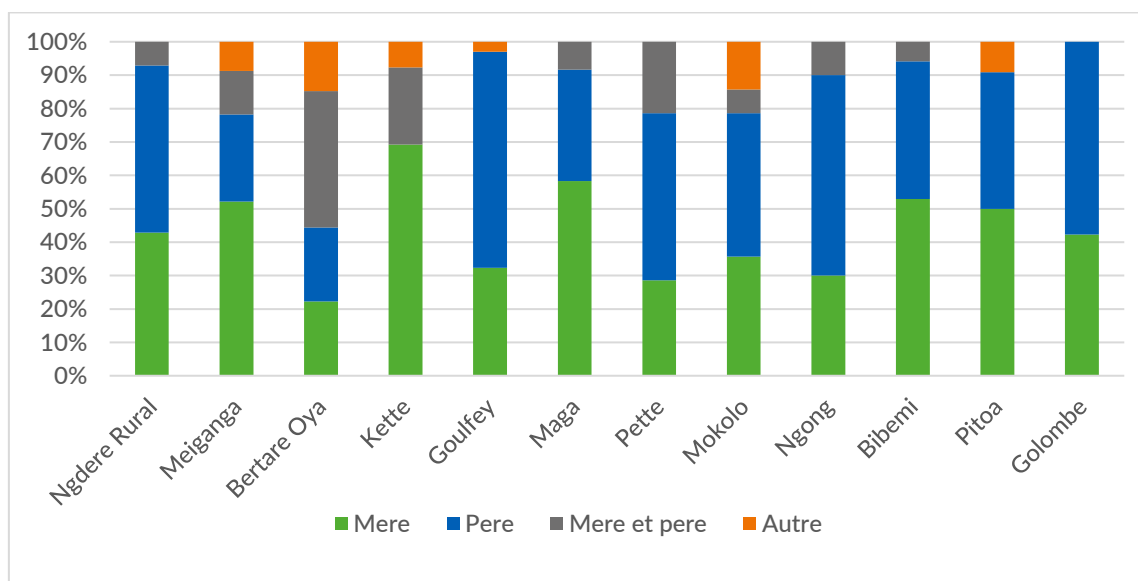
Dans les DS de Bertare Oya et Kette dans la région de l'Est, il est encourageant qu'en dépit du fait que les districts sanitaires ont eu une couverture basse, la réponse la plus fréquente concernant le recours au traitement a été le traitement au CSI. On peut également constater une tendance pour le traitement des maladies infantiles dans les CSI dans les DS de Pette dans l'Extrême Nord et Pitoa et Ngong au Nord.

Par contre le traitement avec les herbes / racines médicinales a été souvent mentionné comme traitement préféré dans les DS de Ngaoundéré Rural, Mokolo, Pette, Maga, Pitoa et Bibémi. Et on peut constater que dans le DS de Ngong, les accompagnants ont une tendance à aller aux marchés pour acheter les médicaments pour leurs enfants.

4.4.6. Prise de décision

Suite à la question concernant le recours au traitement, les accompagnants ont été questionnés sur « Qui a pris la décision sur ce moyen de traitement ? ». Les réponses par district sanitaire sont présentées dans le Graphique 10.

Graphique 10 : Réponses à la question *Qui a pris la décision sur ce moyen de traitement?*



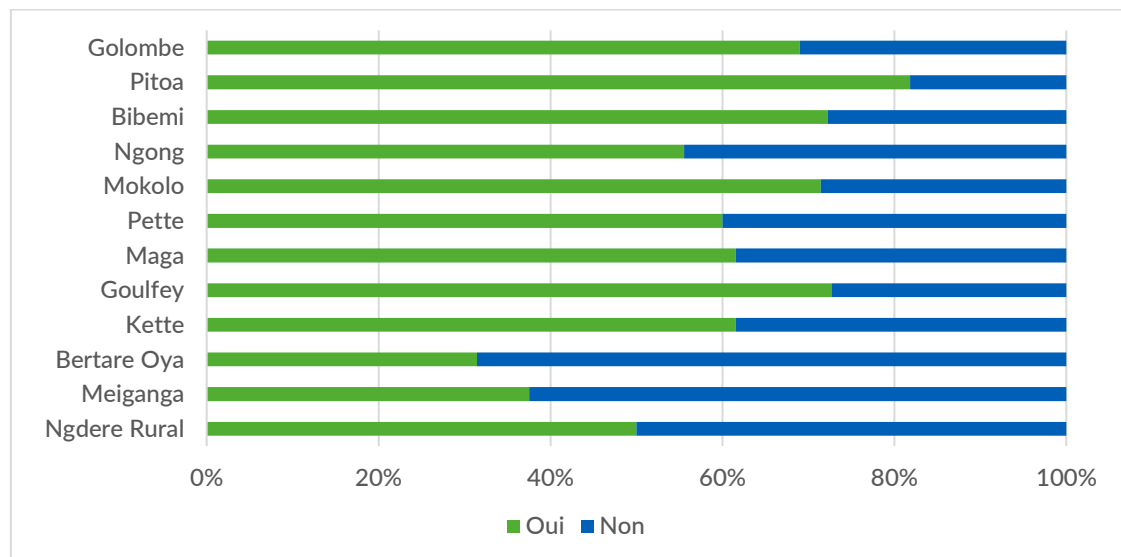
Le graphique ci-dessus indique que dans toutes les régions, à la fois le père et la mère jouent un rôle dans la prise des décisions concernant la santé de ses enfants. Globalement, le père a pris la décision sur le traitement dans 38% des cas et la mère a pris la décision dans 42% des cas.

Donc ces résultats renforcent clairement le besoin de mener les activités de sensibilisation et de dépistage à la fois avec les mères et les pères dans les quatre régions.

4.4.7. Connaissance du programme PCIMAS

Les enquêteurs ont ensuite procédé à la question *Savez-vous qu'il y a un service au CSI où ils traitent la malnutrition?* Parmi les 239 accompagnants des cas MAS non couverts qui ont répondu à cette question, 97 (41%) ont répondu qu'il/elle ne connaissait pas le programme pour le traitement de la malnutrition aigüe dans le CSI. Les résultats district par district sont présentés dans le Graphique 11.

Graphique 11 : Connaissance du programme PCIMAS parmi les accompagnants des cas non-couverts qui ont été conscients que leur enfant était malade (n=239)



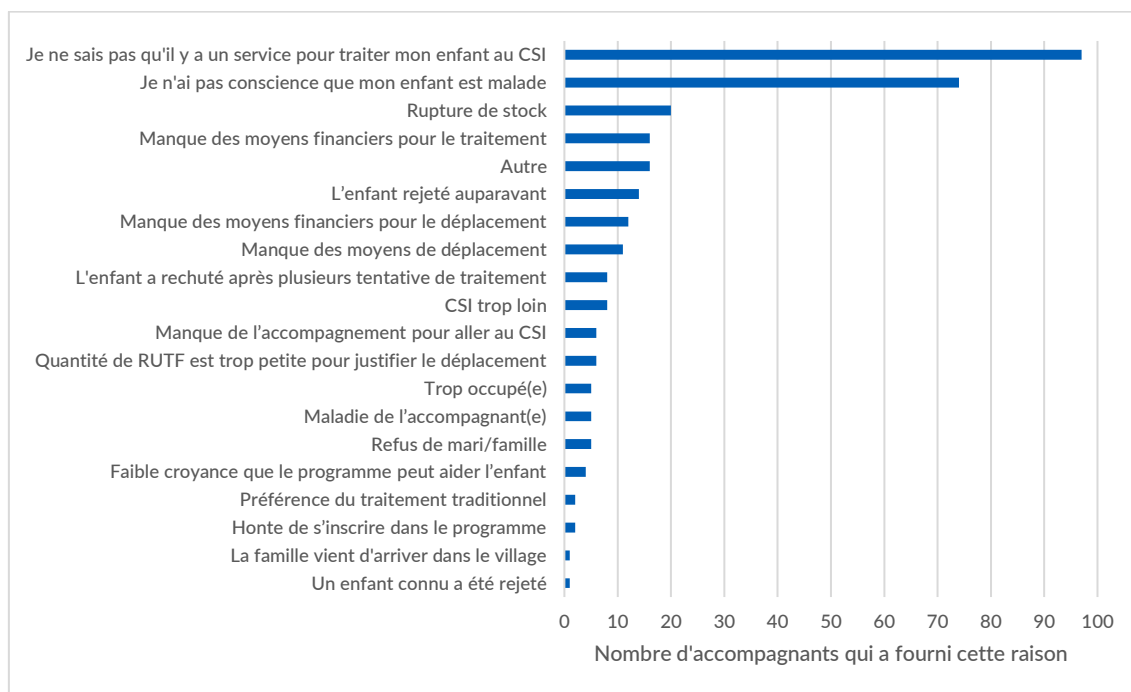
Le graphique 11 montre que la méconnaissance de l'existence du programme PCIMAS a été la plus marquée dans le DS de Bertare Oya dans la région de l'Est et dans les deux districts sanitaires de la région d'Adamaoua. Ces données indiquent que les activités de mobilisation communautaire pour le programme PCIMAS sont très faibles dans ces trois districts sanitaires. Pitoa dans la région du Nord a eu la proportion la plus élevée des accompagnants qui connaissaient l'existence du programme.

4.4.8. Les barrières d'accès

Si l'accompagnant confirmait qu'il/elle savait qu'il y avait un programme pour le traitement de la malnutrition aigüe dans le CSI (et il/elle avait reconnu que leur enfant était malade) les enquêteurs essayaient ensuite d'identifier la barrière à l'accès. Il a été possible d'établir pour chaque cas la raison principale pour laquelle leur accompagnant n'était pas allé au CSI. Pour tous les districts sanitaires ces raisons sont organisées en

ordre de fréquence dans le graphique 12. Les raisons principales par district sanitaire sont présentées en Annexe 4.

Graphique 12 : Les raisons principales pour la non-participation des cas MAS dans le programme PCIMAS fournis par tous les accompagnants des cas non-couverts (n=313)



Parmi les cas MAS identifiés qui n'ont pas été dans le programme PCIMAS, 54% des accompagnants (171) n'ont pas amené leur enfant au CSI soit parce qu'elles n'ont pas été au courant de l'existence du programme au CSI, soit parce qu'ils n'ont pas reconnu que leur enfant a été malade. Ces résultats indiquent donc que, dans la plupart des districts enquêtés, il est probable que les agents de santé communautaires n'effectuent pas les dépistages ou sensibilisations systématiquement dans toutes les villages des districts.

Les résultats de l'annexe 4 montrent les résultats par district sanitaire. Dans presque tous les districts sanitaires les deux raisons ci-dessus ont été les raisons les plus fréquentes pour lesquelles les enfants n'ont pas été dans le programme.

Les autres barrières significatives ont inclus des raisons liées à la gestion du service (rupture de stock et un rejet précédent sans une explication claire) et à l'accessibilité des CSI (manque de moyens financiers pour le déplacement ou CSI trop loin). On peut faire des observations suivantes concernant les autres barrières fréquentes :

- **ADAMAOUA :**
 - Meiganga, parmi les 22 cas non-couverts, trois mères ont dit qu'elles ne sont pas allées au CSI suite au refus de leur mari.
 - Ngaoundere Rural, 3 accompagnants des 22 cas non couverts ont dit qu'elles n'ont pas eu des moyens de payer le traitement et / ou le déplacement, qui indique les défis liés à l'accessibilité financière.
- **EST :**
 - Bertare Oya, parmi les 48 cas non couverts, 10 accompagnants ont cité des barrières liées à un manque d'argent pour le traitement et / ou pour le déplacement.

- **EXTREME NORD :**
 - Goulfey, parmi les 36 cas non couverts, la deuxième barrière la plus fréquente (citée par 7 accompagnants au total) a été que « L'enfant a été rejeté auparavant ». De plus, 7 accompagnants ont dit qu'il/elle n'avait pas eu les moyens financiers pour le traitement ou pour le déplacement. Et 2 accompagnants ont dit que le CSI était trop loin.
 - Pette : Les défis d'accessibilité ont empêché les accompagnants d'aller au CSI (3 des 17 accompagnants ont dit que la quantité de d'ATPE était trop petite pour justifier le déplacement) et dans Mokolo, 3 des 20 répondants ont dit qu'il/elle manquait de moyens financiers pour le déplacement.
- **NORD :**
 - Parmi les 107 cas non-couverts identifiés dans le Nord, 13 accompagnants (Bibemi : 6 ; Golombe : 3 ; Ngong : 2 ; Pitoa : 2) ont dit qu'ils n'étaient pas allés au CSI à cause d'une rupture de stock. En outre dans Golombe 3 accompagnants ont dit qu'ils n'étaient pas allés au CSI parce que leur enfant avait été rejeté auparavant.
 - Les autres raisons fréquentes qui sont ressorties des entretiens dans Golombe incluait un manque d'accompagnant pour aller au CSI (3 cas) et la maladie de l'accompagnant (2 cas).

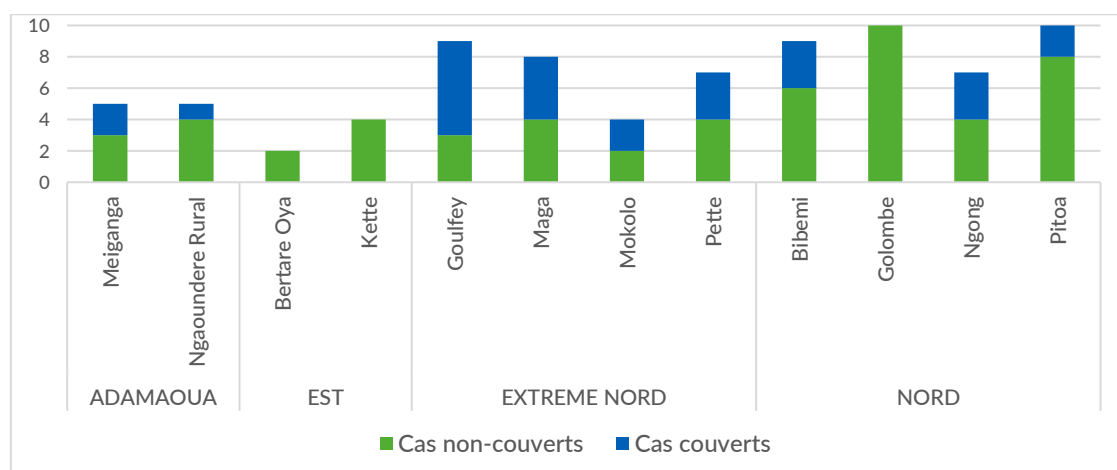
4.4.9. Le traitement précédent dans le programme PCIMAS

La fin du questionnaire, pour les cas non-couverts, permettait de demander aux accompagnants si leur enfant avait déjà été inscrit dans le programme PCIMAS. Parmi les 148 cas non-couverts qui étaient conscients de l'existence du programme, 54 accompagnants ont dit que leur enfant avait déjà été dans le programme et ont fourni la raison pour laquelle leur enfant l'avait quitté (ou si leur enfant avait été déchargé guéri).

Les mêmes questions ont été posées aux accompagnants des cas couverts concernant le traitement précédent et les raisons pour lesquelles leur enfant était sorti du programme. Parmi les 184 cas couverts identifiés pendant l'enquête, 26 avaient été dans le programme PCIMAS avant.

Le Graphique 13 présente le nombre de cas qui ont déjà fait partie du programme par district sanitaire.

Graphique 13 : Nombre de cas qui ont fait partie du programme PCIMAS précédemment

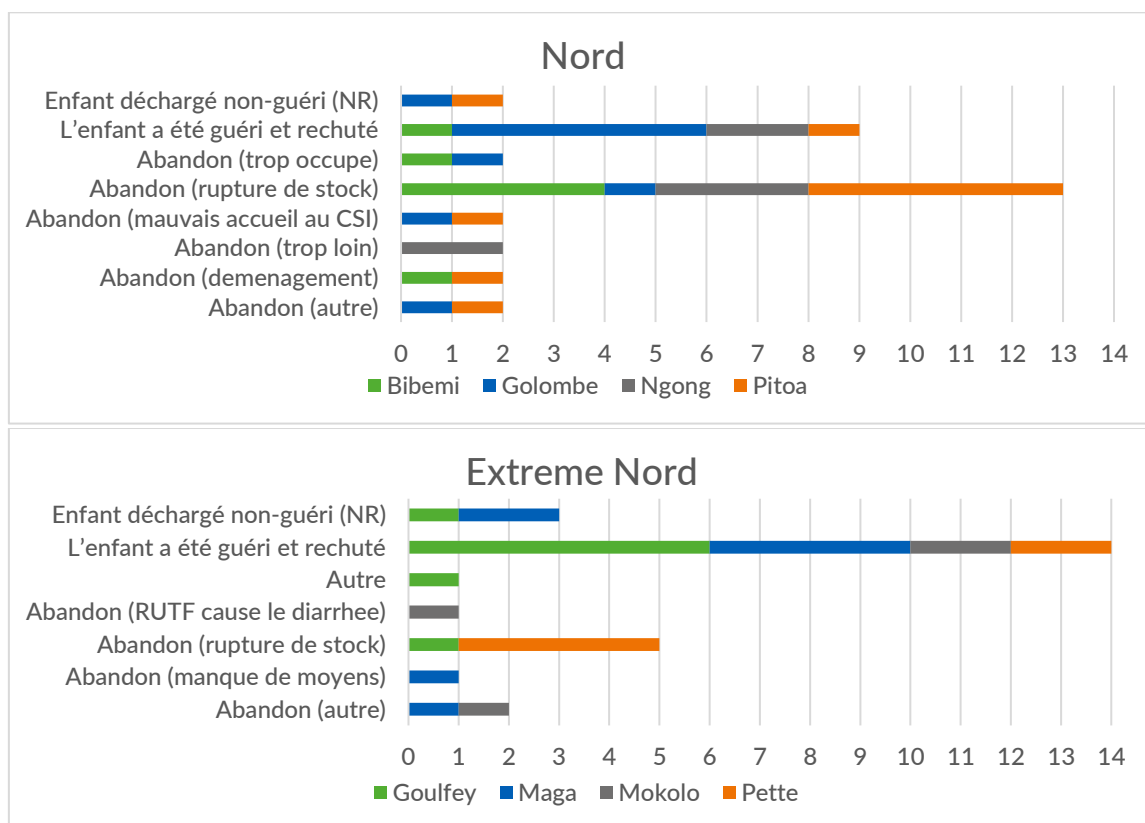


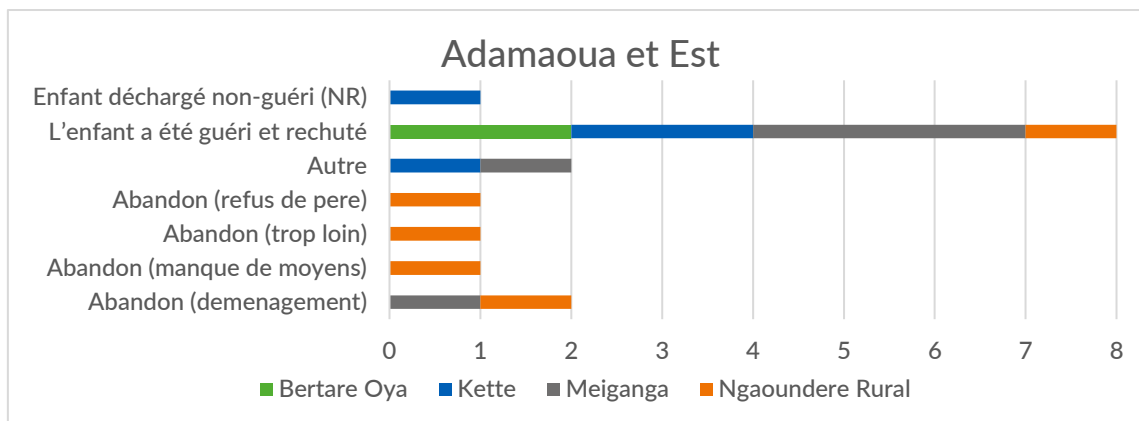
Comme indiqué dans le Graphique 13, parmi toutes les régions, dans les districts sanitaires du Nord, les accompagnants ont confirmé le plus souvent que leur enfant a fait partie du programme PCIMAS précédemment. Les Graphiques 14 à 17 analysent les raisons pour lesquelles ces cas ont quitté le programme.

Ces graphiques confirment que les districts sanitaires de Nord ont souffert de ruptures de stock qui ont entraîné des abandons, et qui ont influencé la décision des accompagnants des cas qui n'ont jamais fait partie du programme d'y aller. Selon les données présentées, les ruptures ont eu l'impact le plus sévère sur le recrutement et l'adhésion au programme dans Bibemi, Golombe et Pitoa. De plus, plusieurs abandons suite à la rupture de stock ont eu lieu dans Pette dans l'Extrême Nord.

Basé sur les résultats, on peut remarquer un nombre élevé des cas qui ont rechuté dans l'Extrême Nord (surtout dans Goulfey et Maga) et dans Golombe dans le Nord. Les enquêteurs ont également identifié plusieurs cas qui ont rechuté dans les districts sanitaires d'Adamaoua et de l'Est. Au total, parmi les cas couverts et non-couverts, 31 cas de rechute ont été identifiés. Cela pourrait s'expliquer comme étant la conséquence d'un manque de traitement supplémentaire pour les cas MAM dans les districts sanitaires enquêtés.

Graphiques 14 à 17 : Raisons fournies pour la sortie précédente du programme PCIMAS (cas couverts et non-couverts)

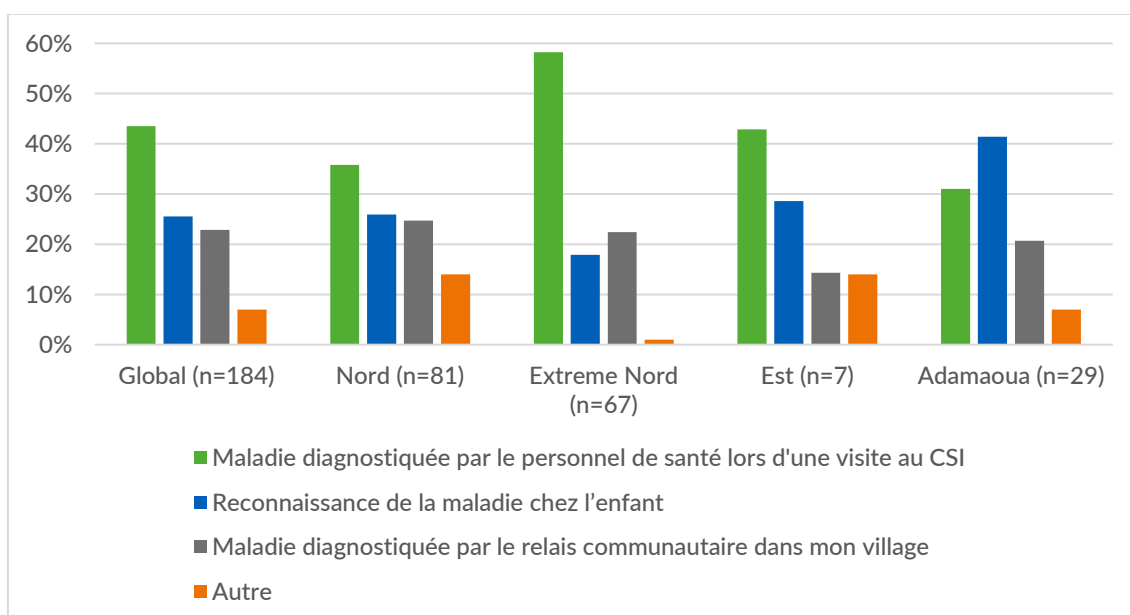




4.5 FACTEURS FACILITANT L'ACCES ET LA COUVERTURE DU PROGRAMME PCIMAS

Les facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme sont présentés globalement et par région dans le Graphique 18. Les résultats par district sanitaires sont inclus en Annexe 5.

Graphique 18 : Raisons pour la participation dans le programme pour les cas couverts identifiés



Les trois raisons les plus fréquentes qui ont été fournies ont été (en ordre de fréquence): *Maladie diagnostiquée par le personnel de santé lors d'une visite au CSI* ; *Reconnaissance de la maladie chez l'enfant* ; et *Maladie diagnostiquée par le relais communautaire dans mon village*. Ces trois raisons ont été fournies par 92% des accompagnants.

La première raison indique l'efficacité du dépistage au niveau des CSI. On peut constater que le dépistage passif au niveau des CSI est fréquent dans les districts sanitaires de l'Extrême Nord. C'est un point positif que la raison la plus fréquente dans Adamaoua a été la reconnaissance de la maladie chez leur enfant par l'accompagnant et qu'il/elle est allé au CSI.

Par contre, il est à noter que le dépistage par les relais communautaires n'est généralement pas ressorti comme la raison la plus fréquente. Parmi tous les districts sanitaires enquêtés, Pitoa dans le Nord a été le seul district où cette raison a été la première fournie par les accompagnants des cas couverts. Ces informations renforcent le constat que le réseau communautaire du programme PCIMAS dans les régions enquêtées souffre de faiblesses.

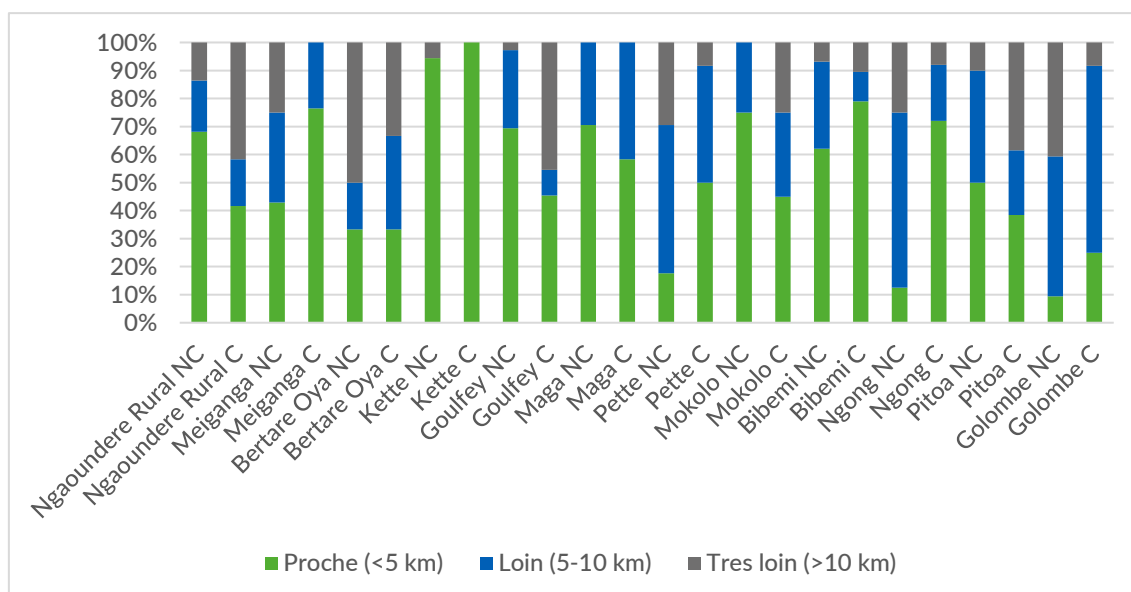
4.6 ANALYSES SUPPLEMENTAIRES

4.6.1. Distance au CSI

La distance entre la maison d'un cas MAS et le CSI est souvent une barrière importante que les accompagnants doivent surmonter pour pouvoir accéder à un programme PCIMAS, surtout dans les zones rurales. Pendant les enquêtes, il était demandé à l'accompagnant de chaque cas identifié (à la fois les cas couverts et non-couverts) de spécifier la distance approximative entre leur maison et le CSI le plus proche. Les résultats par district sanitaire sont présentés dans le Graphique 19.

Si la distance était une barrière importante, on s'attendrait à voir un pourcentage élevé de cas couverts près des CSI (moins de 5km) et un pourcentage élevé de cas non-couverts loin des CSI (plus de 5km). Mais comme indiqué dans le Graphique 19, c'est seulement le cas pour trois districts sanitaires parmi les 12 (Meiganga, Pette et Ngong). Donc cela indique qu'au moment de l'enquête, il n'y avait pas un lien fort entre la distance et la couverture. Il est possible que ces résultats renforcent l'évidence que la mobilisation communautaire est faible dans la mesure où il est rare que la distance et la couverture ne soient pas liées.

Graphique 19 : Distances perçues entre les maisons des cas et le CSI le plus proche pour tous les districts sanitaires (NC = Non-couverts ; C = Couverts)



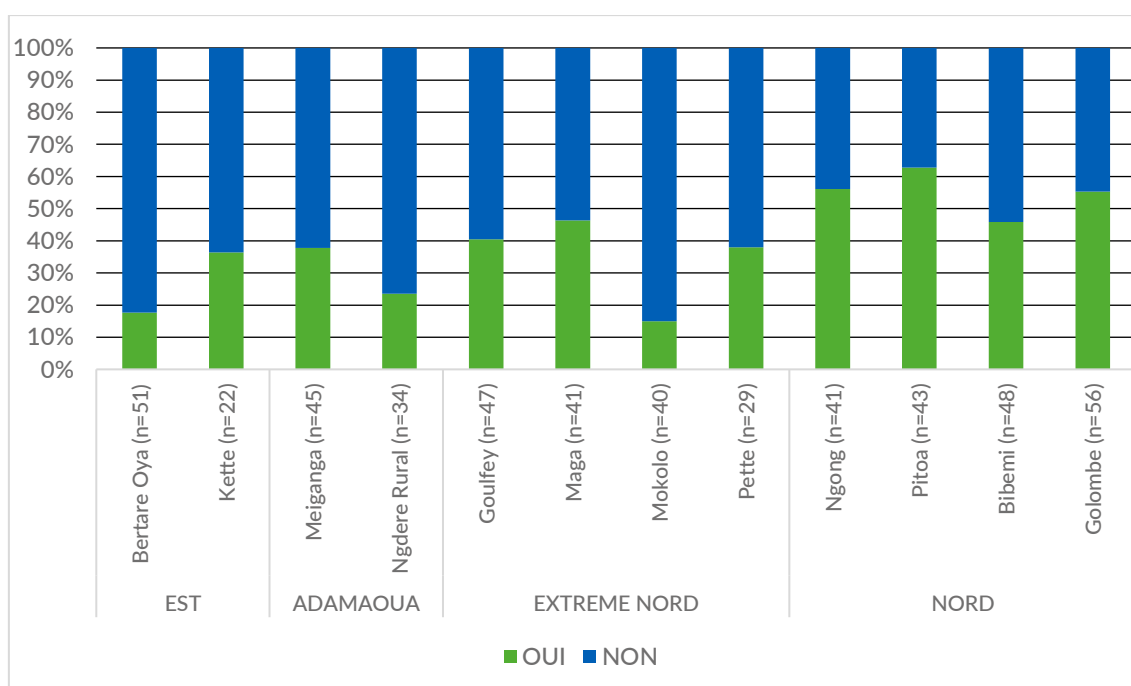
4.6.2. Dépistage à la maison

Une autre question posée aux accompagnants de tous les cas identifiés était:

Est-ce que quelqu'un de la communauté a déjà mesuré le bras de votre enfant avec ce ruban [MUAC], à la maison ?

Globalement, parmi les 497 accompagnants enquêtés, 297 (60%) ont répondu « Non » à cette question. Les réponses par district sanitaire sont présentées dans le Graphique 20.

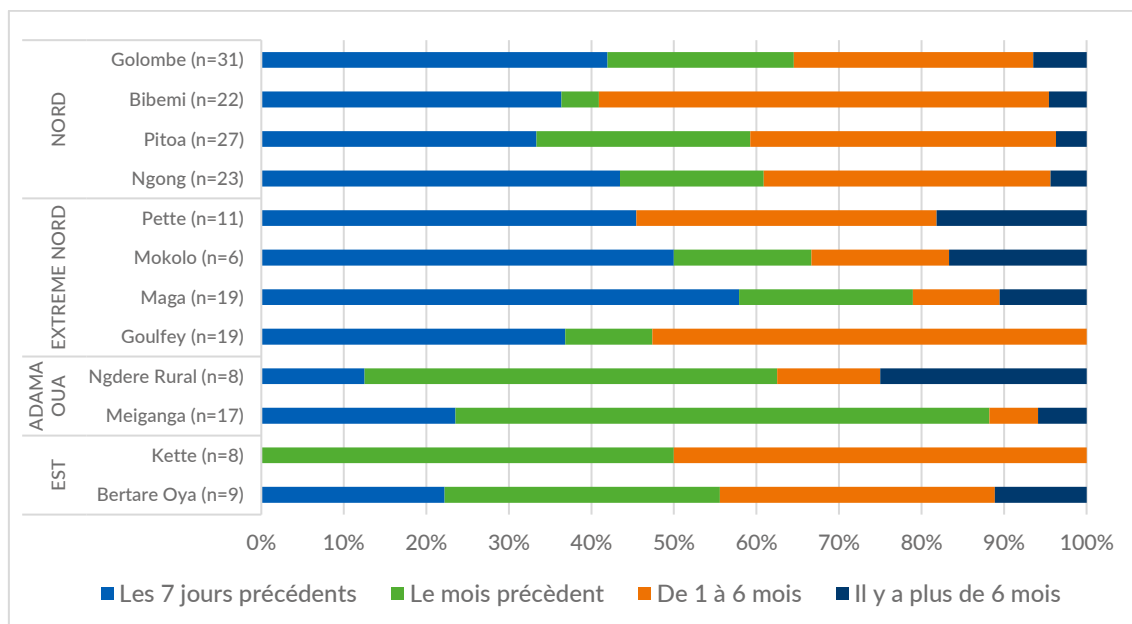
Graphique 20 : Réponses à la question *Est-ce que quelqu'un de la communauté a déjà mesuré le bras de votre enfant avec ce ruban, à la maison ?*



On peut donc constater que le dépistage avec les rubans MUAC à la maison est assez rare (moins de 50% d'enfants dépistés dans la plupart des districts sanitaires), et très rare (moins de 30% d'enfants dépistés) dans les districts sanitaires Bertare Oya, Ngaoundere Rural et Mokolo. Ces résultats confirment que le dépistage actif par les relais communautaires dans les maisons n'a pas lieu dans la plupart des districts sanitaires enquêtés. L'analyse des facteurs facilitant l'accès et la couverture dans la section précédente montre également que le dépistage et référence par les relais communautaires n'est pas la raison principale pour laquelle les enfants MAS ont été admis au programme PCIMAS. Le Nord a été la région avec le meilleur pourcentage (55% ont répondu « Oui ») et l'Est a été la région avec le résultat le plus bas (23% ont répondu « Oui »). Adamaoua et Extrême Nord se situent entre les deux avec 32% et 35% respectivement.

Il a été demandé aux 200 accompagnants qui ont répondu « Oui » à cette question de préciser le délai approximatif depuis le dernier dépistage à la maison et qui avait fait le dépistage. Les résultats de la première question sont présentés dans le Graphique 21.

Graphique 21 : Réponses à la question *La dépistage à la maison a eu lieu pendant quelle période?*



En total, 121 (61%) accompagnants ont dit que leur enfant a été dépisté pendant le mois précédent. Par conséquent, on peut conclure que seulement 24% des cas identifiés pendant l'enquête avait été dépisté par les relais communautaires dans leur maison pendant le mois précédent.

Parmi les cas qui avaient été dépisté dans leur maison précédemment, 91% avaient été mesurés par les relais communautaires, 7% par les infirmiers et 2% par les humanitaires. Malheureusement, en dépit du fait que les mères avaient été formées de mesurer et référer les cas MAS dans Goulfey dans l'Extrême Nord et dans Kette dans l'Est, les enquêteurs n'ont pas trouvé des cas référés par les mères dans ces districts sanitaires.

5. DISCUSSION

Selon les résultats des enquêtes SLEAC, la plupart des districts sanitaires dans les régions d'Extrême Nord, Nord et Adamaoua présentaient une couverture de traitement **modérée**. Autrement dit, dans ces districts sanitaires, entre 20% et 50% des cas MAS étaient couverts par le programme PCIMAS. Dans les districts sanitaires de Goulfey dans l'Extrême Nord et Bertare Oya dans l'Est, la couverture du programme a été classifiée comme **basse** – 20% ou moins des cas MAS faisaient partie du programme. Il n'a pas été possible de classifier la couverture de Kette dans l'Est parce que les enquêteurs n'ont pas pu identifier suffisamment de cas, mais en se basant sur les cas identifiés, il est *probable* que la couverture dans ce district sanitaire aurait été classifiée comme basse.

Tous les districts sanitaires classifiés présentant une couverture modérée ou basse se situaient au-dessous du Standard Sphère pour la couverture des programmes PCIMAS dans les zones rurales (50%). Le seul district sanitaire qui a été classifié avec une couverture « **élevée** » et qui a excédé le Standard Sphère a été Maga dans l'Extrême Nord.

Mais il faut souligner qu'une couverture de plus de 50% dans les zones rurales est difficile à atteindre. Les équipes cadre de district et les médecins et infirmiers dans les CSI doivent surmonter plusieurs défis pour admettre les cas MAS au programme PCIMAS.

Dans les districts sanitaires enquêtés il a été noté que la distance entre les structures de santé et les villages était souvent importante et, dans certains cas, le CSI était inaccessible pour les communautés. La distance et l'inaccessibilité impactent à la fois la capacité des accompagnants à faire le voyage (parce qu'ils n'ont pas les moyens ou le temps d'effectuer le voyage) et l'efficacité du réseau communautaire. Il est difficile pour les chefs des CSI de recruter et de superviser les relais communautaires dans tous les villages dans l'aire de santé du CSI, surtout dans les villages éloignés. Ces raisons sont donc deux raisons qui pourraient expliquer la méconnaissance élevée du programme PCIMAS dans les communautés et le pourcentage bas des accompagnants (seulement 40%) qui ont confirmé que leur enfant a été dépisté à la maison précédemment.

Les résultats de l'enquête ont également indiqué une préférence forte pour le traitement des maladies infantiles en utilisant les méthodes traditionnelles (ex. les herbes / racines médicinales). Donc dans tous les districts sanitaires il est nécessaire de continuer et d'améliorer les activités de sensibilisation afin d'augmenter à la fois les admissions au programme PCIMAS et les visites au CSI en général.

Parmi les autres barrières mises en évidence, celles liées aux ruptures de stock et aux cas de rejet dans certaines régions apparaissent particulièrement préoccupantes. Dans les cas où l'une de ces raisons était évoquée par l'accompagnant pour expliquer qu'il ou elle n'avait pas rendu visite au CSI, le risque qu'il/elle décourage d'autres personnes de sa communauté d'y aller est également à considérer. Il est donc critique que ces croyances soient dissipées au niveau des communautés.

En dépit de ces défis, on peut également constater des tendances positives dans les résultats qualitatifs. La reconnaissance de la maladie de l'enfant par les accompagnants a été assez forte dans la plupart des districts sanitaires. Les enquêteurs ont établi que, selon les accompagnants, les symptômes les plus communs des enfants MAS incluaient (en ordre d'importance) : l'amaigrissement, la fièvre, la diarrhée, le manque d'appétit et les

vomissements. Par conséquent, il serait utile que les sensibilisations effectuées au niveau communautaire soulignent que ces symptômes sont fortement liés à un risque élevé de malnutrition (ou simplement de la morbidité de l'enfant) on pourrait s'attendre à une augmentation du nombre d'accompagnants qui viennent aux CSI.

De plus dans certains districts sanitaires, le premier recours aux soins pour les accompagnants a été de rendre visite au CSI. Ensuite, dès qu'ils arrivent au CSI, il ressort de l'enquête que, en général, les infirmiers effectuent un dépistage efficace de tous les enfants afin d'identifier les cas MAS.

Finalement, dans Maga, un district sanitaire pour lequel on attendrait une couverture basse ou modérée en raison des données de performance faibles pendant 2018, les enquêteurs ont trouvé plusieurs cas couverts. Parmi les 24 cas couverts identifiés, 7 étaient dans le village de Gouvrai dans l'aire de santé de Palia. Dans le district sanitaire presque tous les cas qui étaient dans le programme PCIMAS, ont été admis pendant une visite au CSI. Les données collectées pendant l'enquête SLEAC étant été assez limitées, il serait important de faire une recherche supplémentaire dans ce district sanitaire afin de mieux comprendre pourquoi la couverture a été si élevée en comparaison avec d'autres districts sanitaires.

Les enquêtes ont trouvé des différences marquées entre les régions et les districts sanitaires enquêtés. L'annexe 1 présente un résumé des résultats pertinents par district sanitaire. Au cours d'un atelier de restitution organisé en janvier 2019, suite à la présentation des résultats, les points focaux de nutrition de SDAN et les autres partenaires ont élaboré les recommandations et activités par région qui auront comme objectif global d'augmenter la couverture du programme PCIMAS dans leurs régions. Ces recommandations et activités sont incluses dans l'Annexe 2. Les recommandations globales de l'enquête sont présentées dans la section suivante.

6. RECOMMANDATIONS

Chaque DRSP aura besoin de remédier aux barrières spécifiques qui sont ressorties de l'enquête dans les districts sanitaires enquêtés dans leur région. Mais sur la base des résultats globaux, on peut considérer les recommandations suivantes dans toutes les régions :

1. **Effectuer un diagnostic des services PCIMAS au niveau des structures de santé afin d'identifier les défis liés au traitement de la MAS (ex. les ruptures de stock et les rejets des cas) et mettre en place les actions correctives adaptées à chaque contexte afin d'assurer une prise en charge de qualité.**

Sans un service PCIMAS de qualité au niveau de chaque CSI et les médecins et infirmiers qui communiquent clairement aux accompagnants les modalités du programme, la réputation du programme dans la communauté pourrait être impactée négativement. Donc il est essentiel de répondre en premier lieu aux défis liés à la qualité du service.

2. **Réaliser des études qualitatives au niveau communautaire sur les croyances et perceptions culturelles de la malnutrition et le recours aux soins pour les enfants malades dans certains districts sanitaires afin de mieux comprendre les facteurs ayant un impact sur la couverture des programme PCIMAS**

Les résultats de l'enquête SLEAC ont indiqué que la méconnaissance du programme PCIMAS et de l'état de santé des enfants MAS par les accompagnants ont été les facteurs de blocage à la couverture les plus significatifs. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des études qualitatives (par ex. les études de la dynamique communautaire dans 2-3 districts sanitaires par région) afin d'approfondir les informations sur les croyances et perceptions culturelles de la malnutrition et les recours aux soins pour les enfants malades.

3. **Concevoir des stratégies de mobilisation communautaires pour le programme PCIMAS qui sont adaptées à chaque région et, si possible, à chaque district sanitaire.**

Les études qualitatives aideraient les équipes des DRSP à concevoir des messages de sensibilisation adaptés pour chaque district sanitaire. De plus les études indiqueraient les acteurs, structures et canaux de communication existants qui pourraient être utilisés pendant la mise à l'échelle des stratégies de mobilisation communautaire. Mais il est très important que ces stratégies incluent tous les parties prenantes dans les communautés, y compris les chefs de village et les hommes.

De plus il est important de continuer d'impliquer la communauté dans le dépistage pendant la mise en œuvre de ces stratégies (telles que « PB Mamans ») et d'effectuer des études afin de connaître les forces et faiblesses des stratégies qui ont été déjà mises en œuvre dans certains districts sanitaires.

4. **Elaborer et mettre en œuvre une stratégie d'engagement des relais communautaires afin d'assurer un dépistage et une sensibilisation des communautés réguliers et homogènes.**

Dans toutes les régions, l'engagement des relais communautaires avec les formations et le soutien régulier des chefs des centres de santé serait nécessaire afin d'entraîner une augmentation des admissions et une meilleure adhésion au traitement. La stratégie devrait utiliser les informations recueillies pendant les études qualitatives.

5. L'intégration des activités de dépistage de la MAS dans les autres activités de santé

Afin de capitaliser sur les ressources utilisées pour les autres activités de santé, les équipes DRSP pourraient considérer d'intégrer le dépistage de la MAS dans les autres activités (ex. les recensements nutritionnels et les campagnes de vaccination). On pourrait même considérer une stratégie avancée pour le traitement des cas MAS dans leurs communes.

6. La mise en œuvre des stratégies avancées pour les communautés éloignées des CSI

Les stratégies avancées pourraient permettre de surmonter les défis liés à l'inaccessibilité des CSI pour les communautés éloignées. Mais ces stratégies devraient être une stratégie temporaire dans la mesure où il serait préférable d'établir des structures de santé permanentes près de ces villages.

7. ANNEXES

ANNEXE 1: RESULTATS PERTINENTS ISSUS DES ENQUETES SLEAC DANS TOUS DISTRICTS SANITAIRES

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
ADAMAOUA	Meiganga	Forte	Modérée	- 86% d'accompagnants ont reconnu que leur enfant était malade - Le premier recours aux soins par les accompagnants a été d'acheter les produits médicaux de la pharmacie - Parmi les cas qui ont été mesuré précédemment, 88% ont été mesuré pendant le mois précédent	- 9/28 des accompagnants des cas non-couverts n'était pas conscient de l'existence du service - 3/28 mères des cas non-couverts ne sont pas allées au CSI en raison d'un refus de leur mari ou famille - 38% des cas ont été dépistés dans leur maison précédemment - 1 village (dans l'aire de santé de Meiganga Publique) a été exclu de l'enquête parce qu'il n'était pas sécurisé
	Ngaoundere Rural	Faible	Modérée	- Les accompagnants des cas non-couverts qui ont reconnu que leur enfant était malade, ont pu identifier une maladie commune	- Mais, quelques accompagnants ont pensé que la maladie était due aux maladies mystiques et il y avait une préférence pour le traitement avec les herbes / racines. - Pour 50% des cas non-couverts, c'est le père qui décide le moyen de traitement - Seulement 50% des accompagnants des cas non-couverts qui étaient conscients que leur enfant était malade étaient conscients de l'existence du programme PCIMAS - 24% des cas ont été dépisté dans leur maison précédemment

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
					- 2 villages (dans les aires de santé de Bele et Wassandé) ont été exclus de l'enquête parce qu'ils n'étaient pas été sécurisés
EST	Bertare Oya	Faible	Basse	- 73% des accompagnants des cas non-couverts étaient conscients que leur enfant était malade - Parmi les accompagnants des cas non couverts qui ont reconnu que leur enfant était malade, le traitement préféré a été la consultation au CSI	- Seulement 3 cas couverts identifiés parmi 51 cas MAS – parmi ces cas, la mesure PB médiane était de 105mm. C'est-à-dire que la maladie était très avancée pour la majorité des cas identifiés. - 32/48 cas non couverts habitaient dans les villages à plus de 5km du CSI - Une très faible connaissance de la cause de la maladie et de l'existence d'un service au CSI (31% étaient au courant) - Seulement 18% de tous les accompagnants ont dit que leur enfant a été dépisté à la maison précédemment
	Kette	Forte	Pas possible	- 72% des accompagnants des cas non-couverts étaient conscients que leur enfant était malade - Tous les cas (sauf un) identifiés (couverts et non-couverts) habitaient à moins de 5km du CSI - Les accompagnants des cas non-couverts ont indiqué que les mères sont impliquées dans la prise de décision concernant le traitement	- Une très faible connaissance de la cause de la maladie - « Pas de traitement » a été la réponse la plus commune concernant l'itinéraire thérapeutique pour les cas non-couverts - Manque de connaissance de la maladie ou du service PCIMAS ont été les raisons les plus communes pour la non-couverture. - Seulement 36% de tous accompagnants ont dit que leur enfant a été dépisté à la maison précédemment. 50% de ceux qui ont été dépisté ont été mesuré il y a plus d'un mois.
EXTREME NORD	Goulfey	Forte	Basse	- 92% des accompagnants des cas non-couverts étaient conscients que leur enfant était malade	- Parmi les 33 des accompagnants qui étaient conscients que leur enfant était malade, 19 n'ont pas reconnu la maladie. 13

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
				- Parmi les 33 des accompagnants qui était conscient que leur enfant était malade, 13 ont identifié la malnutrition ou l'amaigrissement.	ont identifié la malnutrition ou l'amaigrissement. - 65% des accompagnants des cas non-couverts ont dit que le père prend la décision sur le moyen de traitement - Une manque de connaissance du programme a été la première raison pour laquelle les cas –non-couverts n'ont pas été dans le programme (en dépit des activités de mobilisation communautaires qui ont lieu). - La deuxième barrière a été parce que les cas MAS ont été rejeté auparavant. - 9 de tous les cas identifiés ont été dans le programme précédemment – 6 d'entre eux ont rechapé dans la MAS
	Maga	Faible	Elevée	- La dépistage passif dans les CSI est efficace (19 parmi les 24 cas couverts ont été admis lors d'un dépistage au CSI) - 46% des cas identifiés ont été dépisté dans leur maison précédemment - Parmi les cas qui ont été mesuré précédemment, 79% ont été mesuré pendant le mois précédent	- Parmi les cas non-couverts, le recours au traitement préféré était le traitement avec les herbes / racines médicinales. - 8 de tous les cas identifiés ont été dans le programme précédemment - 4 d'entre eux ont rechapé dans la MAS, 2 ont été déchargés non-guériss. - 2 villages dans l'aire de santé de Guirvidig ont été exclus de l'enquête parce que les équipes n'ont pas pu y accéder (les villages étaient de l'autre côté d'un lac).
	Mokolo	Forte	Modérée	- 70% des accompagnants avaient reconnu que leur enfant était malade. 71% des accompagnants de ces cas étaient au courant de l'existence du programme	- Parmi les 14 accompagnants des cas non-couverts qui ont reconnu que leur enfant était malade, 10 n'avaient pas reconnu quelle maladie a causé les symptômes.

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
					- Parmi les cas non couverts le recours au traitement préféré a été le traitement avec les herbes / racines médicinales. - Les accompagnants ont dit que ce sont les pères qui prennent la décision sur le moyen de traitement pour 6/14 des cas non-couverts identifiés.
	Pette	Faible	Modérée	- 88% des accompagnants avaient reconnu que leur enfant était malade - Plus de cas couverts ont été trouvés dans les villages près des CSI que les cas non-couverts (indiquant que la mobilisation communautaire est efficace dans les villages près des CSI)	- 14 des 17 cas non-couverts ont habité plus de 5kms du CSI. - 9/17 cas non couverts n'ont pas pu identifier une maladie qui a causé les symptômes. - Les accompagnants ont dit que ce sont les pères qui prennent la décision sur le moyen de traitement pour 7/17 des cas non-couverts identifiés. - Parmi les accompagnants qui avaient reconnu que leur enfant était malade, seulement 60% des cas étaient au courant de l'existence du programme - Parmi tous les cas identifiés, 7 avaient été dans le programme précédemment – 4 d'entre eux ont abandonné à cause d'une rupture de stock. - Parmi les 11 cas qui avaient été mesuré précédemment, 6 n'ont pas été mesuré pendant le mois précédent.
NORD	Bibemi	Forte	Modérée	- La dépistage passif dans les CSI est assez efficace (8 parmi les 19 cas couverts ont été admis lors d'un dépistage au CSI).	- Seulement 62% des accompagnants des cas non-couverts avaient reconnu que leur enfant était malade. - Parmi les cas non couverts le recours au traitement préféré (pour la moitié des cas) a

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
				- Parmi les accompagnants des cas non-couverts qui ont reconnu leur enfant était malade, 72% étaient au courant de l'existence du service	été le traitement avec les herbes / racines médicinales. - Parmi tous les cas identifiés, 9 avaient été dans le programme précédemment – 4 d'entre eux ont abandonné à cause d'une rupture de stock. - Parmi les cas qui ont été mesuré précédemment dans leurs maisons (22), seulement 41% d'entre eux ont été mesuré pendant le mois précédent.
	Golombe	Forte	Modérée	- 91% des 32 accompagnants des cas non-couverts avaient reconnu que leur enfant était malade. - 55% des cas ont été mesurés précédemment dans leur maison, 65% d'entre eux ont été mesuré pendant le mois précédent.	Parmi les 29 accompagnants des cas non-couverts qui avaient reconnu que leur enfant était malade : - 16 n'ont pas pu identifier une maladie. - 15 ont dit que c'est le père qui prend les décisions sur le moyen de traitement. - 9 ont dit qu'ils ne sont pas au courant de l'existence du programme - 10 cas non-couverts ont fait partie du programme précédemment, 5 d'entre eux ont été déchargé comme guéris et ont rechuté.
	Ngong	Faible	Modérée	- Parmi les 16 cas non-couverts identifiés, la plupart des accompagnants ont pu identifier une maladie commune qui pourrait causer les symptômes. - 25 cas couverts ont été identifié pendant la recherche des cas. Parmi eux, 8 accompagnants ont dit qu'ils sont allés au CSI parce qu'ils avaient reconnu que leur enfant était malade.	- 9/16 (56%) des accompagnants des cas non-couverts avaient reconnu que leur enfant était malade. - Parmi ces 9 cas, 6 ont dit que c'est le père qui prend la décision sur le moyen de traitement. - Et 4 ont dit qu'ils ne sont pas au courant de l'existence du programme. - 7 cas non-couverts ont fait partie du programme précédemment, 3 d'entre eux

REGION	DISTRICT SANITAIRE	PERFORMANCE (selon les données de routine)	CLASSIFICATION (Couverture)	Points positifs identifiés	Points négatifs identifiés
				- 56% des cas ont été mesurés précédemment dans leur maison, 61% d'entre eux ont été mesurés pendant le mois précédent.	ont dit qu'ils ont abandonné le programme à cause d'une rupture de stock.
	Pitoa	Faible	Modérée	- Parmi les 22 accompagnants des cas non-couverts qui ont dit avoir reconnu que leur enfant était malade, 18 (82%) ont dit qu'ils étaient au courant de l'existence du programme (le plus élevé parmi tous les districts sanitaires). - 63% des cas ont été dépistés dans leur maison précédemment ; 59% ont été mesurés pendant le mois précédent.	La méconnaissance de la maladie de l'enfant a été la première raison fournie pour laquelle les cas non-couverts n'ont pas été dans le programme. Parmi les 22 accompagnants des cas non-couverts qui ont dit qu'ils ont reconnu que leur enfant était malade : - 10 n'ont pas pu identifier une maladie - 9 ont dit que le traitement préféré a été avec les herbes / racines médicinales, et 8 ont préféré acheter les produits médicinaux achetés au marché. - 10 cas non-couverts ont fait partie du programme précédemment, 5 d'entre eux ont abandonné le programme à cause d'une rupture de stock.

ANNEXE 2: RECOMMANDATIONS ET ACTIVITES ELABOREES PAR LES POINTS FOCALIS REGIONAUX

ADAMAOUA

Activité	Description	Délai	Indicateur de progrès	Cible pour la période	Source de vérification	Responsable
RECOMMANDATION 1 : Renforcer le volet communautaire pour la dépistage de la malnutrition						
Activité 1.1	Former les relais et les APS	T1-T3	Augmentation du nombre d'admission et diminution du nombre d'abandon	3 districts sanitaires	Rapport de formation	Chefs de FOSA
Activité 1.2	Former les parents sur la dépistage de la malnutrition	T1-T3		3 districts sanitaires	Rapport de formation	Relais et APS
Activité 1.3	Sensibiliser dans les mosquées, églises et associations communautaires	T1-T3		3 districts sanitaires	Rapport du relais / APS	Relais et APS
Activité 1.4	Suivi des relais, APS et parents	T1-T4		3 districts sanitaires	Rapport de supervision	Chef FOSA, PF APS, relais et APS
RECOMMANDATION 2 : Inclure la prise en charge de la malnutrition dans les stratégies avancées						
Activité 2.1	Sensibiliser les personnels de santé sur l'inclusion de la PEC de la malnutrition	T1-T3	Augmentation du nombre d'admission et diminution du nombre d'abandon	3 districts sanitaires	Rapport de coordination	DRSP et ECD
Activité 2.2	Evaluer les besoins pour la mise en œuvre de cette stratégie	T1-T3		3 districts sanitaires	Etat de besoin par FOSA	Responsable de la FOSA
Activité 2.3	Renforcer les activités de supervision	T2-T4		3 districts sanitaires	Rapport de supervision	DRSP et ECD

EST

Activité	Description	Délai	Indicateur de progrès	Cible pour la période	Source de vérification	Responsable
RECOMMANDATION 1 : Améliorer les connaissances de la communauté sur l'existence de la PCIMAS						
Activité 1.1	Organiser un plaidoyer auprès des autorités administratives, religieuses etc.	4 mois à compter de février	Nombre de DS	2 DS	Rapports d'activités	C/CSI, ECD, PFN-Est, FRSPE
Activité 1.2	Organisation des causeries éducatives auprès des communautés (associations, radios locales etc.)	En continu dès février	Nombre de CE réalisés par mois	2 CE	Rapports d'activités	C/CSI, COSA, Leaders associations, radios communautaires
Activité 1.3	Organisation des briefings sur les activités essentielles du programme (ASC, radios, structures dialogue)	4 mois à compter de février	Nombre de briefings réalisés	1 par AS	Rapports d'activités et fiches de présence	C/CSI et ECD
RECOMMANDATION 2 : Améliorer l'accessibilité et la PEC des bénéficiaires au programme						
Activité 2.1	Augmentation du nombre de CNAS (Bertare Oya)	1 an	Nombre de CNAS créés	3	NS / RMA	DRSP / SDAN / UNICEF
Activité 2.2	Organisation de stratégies avancées	Continue dès mars	Nombre de SA réalisées / FOSA / mois	1 SA / FOSA / mois	RMA FOSA	C/CSI + ASC
Activité 2.3	Dépistage actif et référence	Continue dès mars	Proportion de cas dépistés et référés	80%	Rapport mensuel ASC	ASC / PB Mamans / C/CSI
Activité 2.4	Formation des mamans sur le dépistages	3 mois dès mars	Proportion des mamans formées / AS	15%	Rapports de formation et fiches de présence	C/CSI / ASC

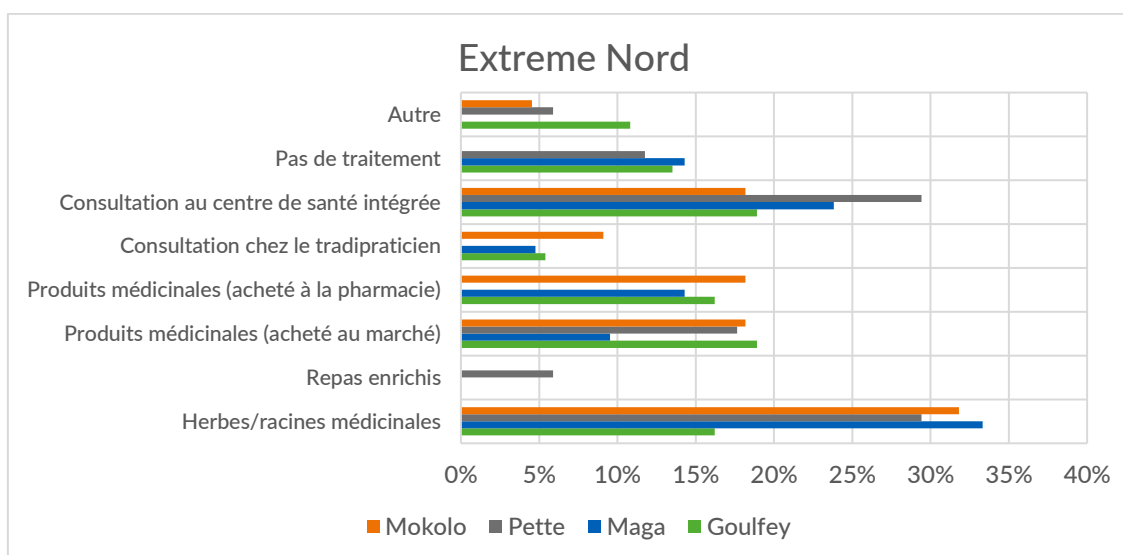
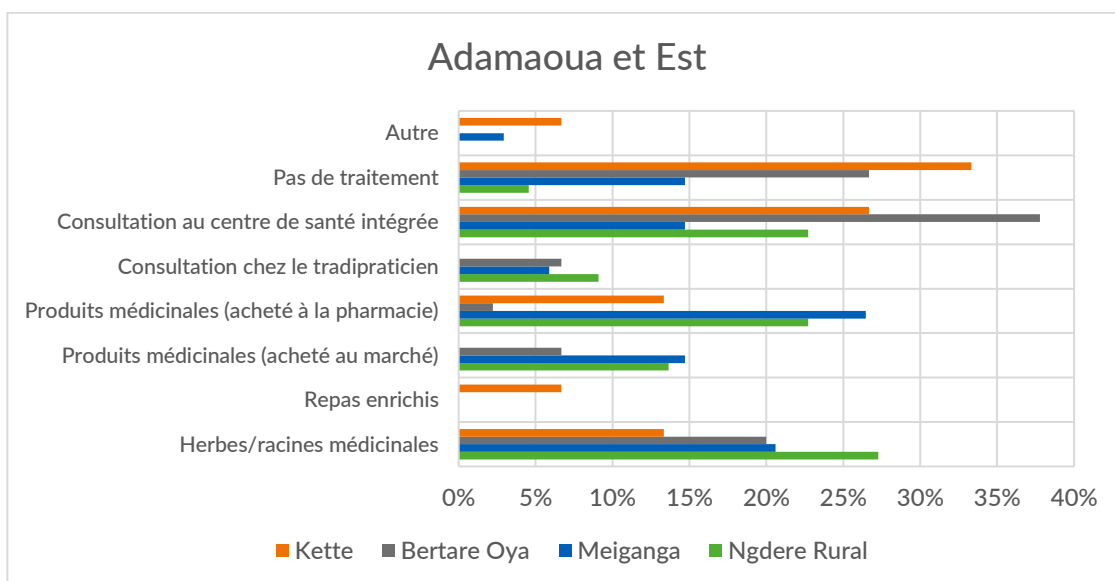
EXTREME NORD

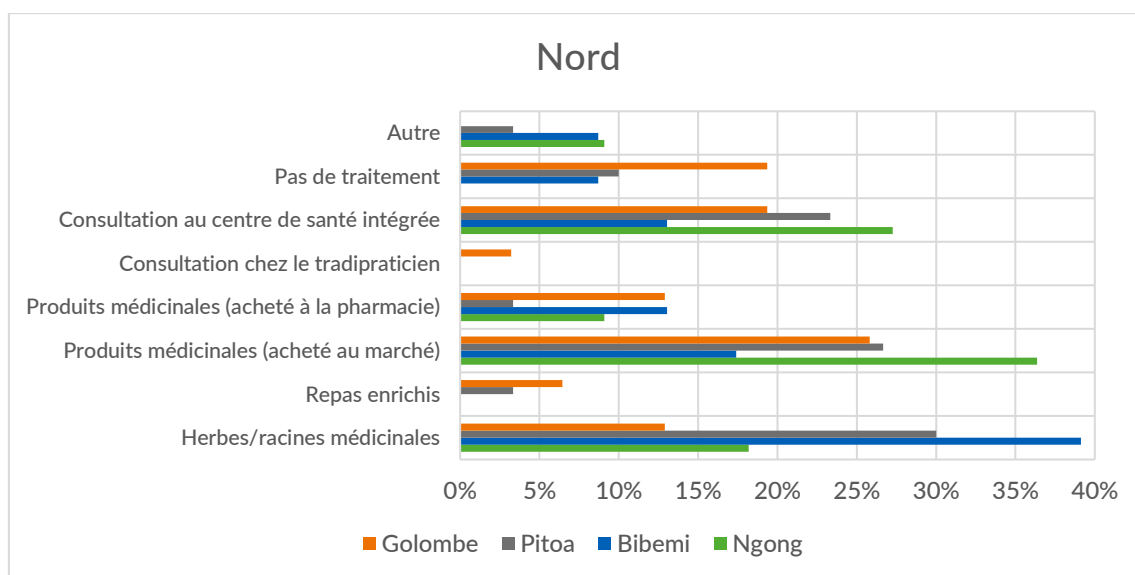
Activité	Description	Délai	Indicateur de progrès	Cible pour la période	Source de vérification	Responsable
RECOMMANDATION 1 : Renforcer l'action des ASC						
Activité 1.1	Briefing des ASC sur la PCIMAS	Début Mars 2019	Proportion des ASC briefés sur la PCIMAS	280 aires de santé	Feuilles de présence / Rapport	Chef de l'aire de santé
Activité 1.2	Elaboration d'un plan d'action des ASC		Proportion des ASC ayant un plan d'action		Plans d'action	
Activité 1.3	Dotation des ASC en matériels et outils de dépistages et de gestion (MUAC etc.)	Fin Mars 2019	Proportion des ASC ayant reçu le matériel	1400 kits (agents de sante / aire)	Feuilles de décharge du matériel	Chef de l'AS
RECOMMANDATION 2 : Renforcer la sensibilisation communautaire						
Activité 2.1	Mise en œuvre du plan d'action des ASC	1 Avril 2019	Proportion des rapports transmis (mensuel)	80% des rapports (n=280)	Rapports reçus au DS	Chefs des aires
Activité 2.2	Suivi-évaluation des activités des ASC	Activité continue (mensuelle)	Proportion des rapports d'activité et de supervision	80%		Chefs de l'aire
RECOMMANDATION 3 : Briefer le personnel de sante sur la communication interpersonnel						
Activité 3.1	Briefing du personnel de santé sur l'accueil, l'éducation et les conseils nutritionnels	Fin Février	Proportion des personnels de santé briefés	Au moins 80% des chefs des aires briefés	Feuilles de présence, rapports	Chef de district

NORD

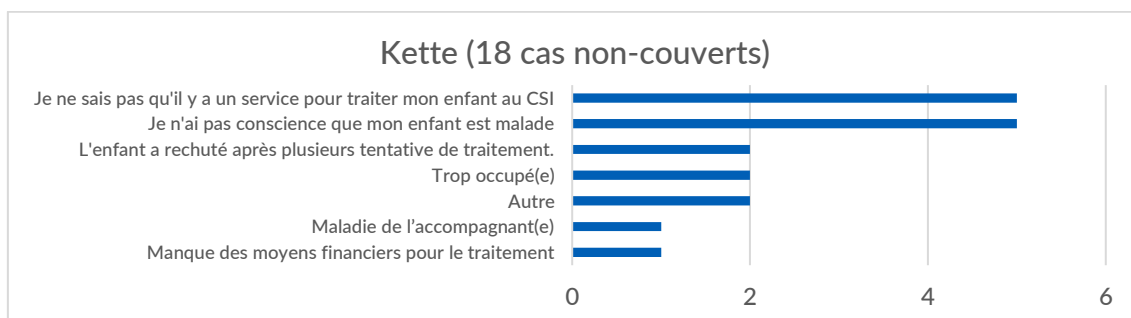
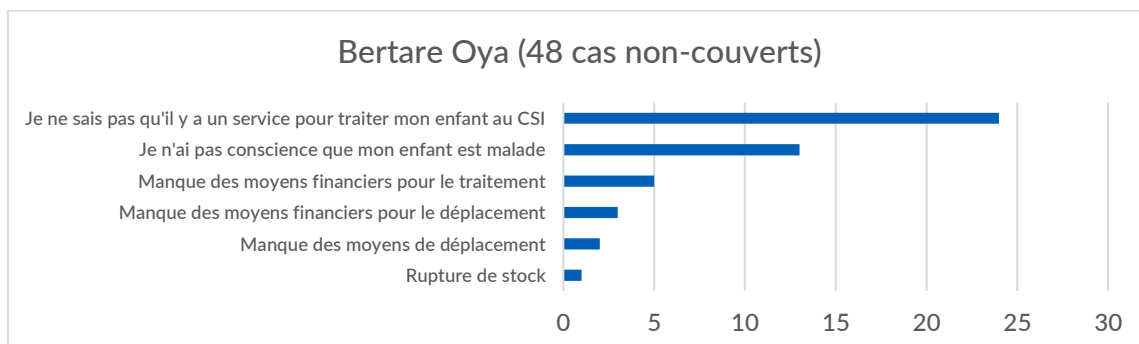
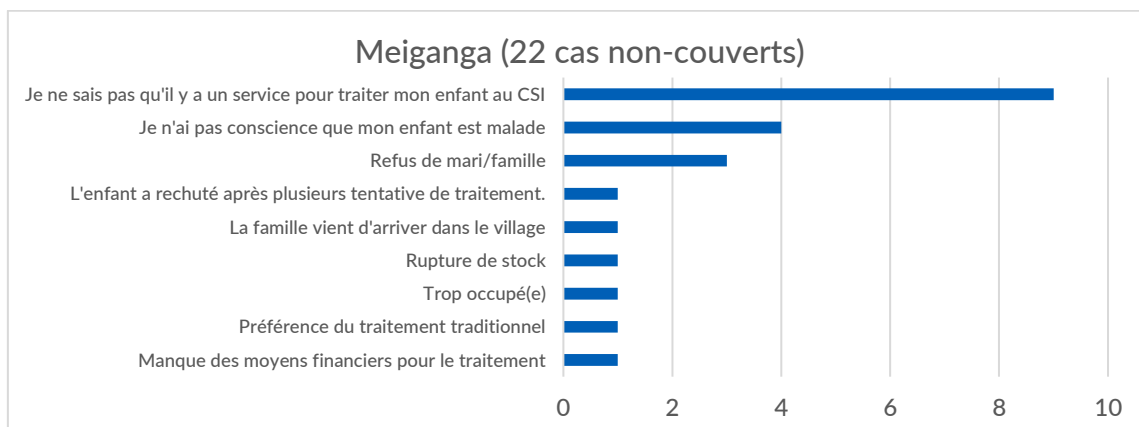
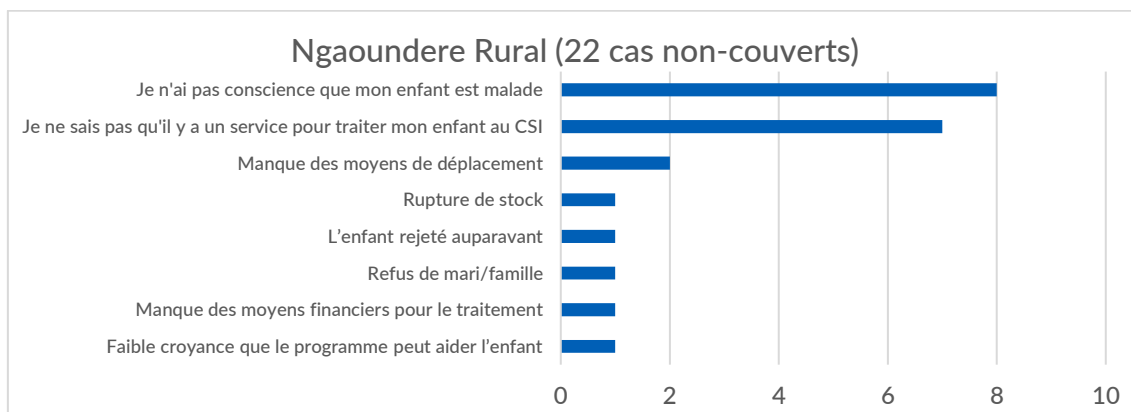
Activité	Description	Délai	Indicateur de progrès	Cible pour la période	Source de vérification	Responsable
RECOMMANDATION 1 : Accentuer la sensibilisation communautaire sur la PCIMAS (par radio communautaire / FOSA / ASC)						
Activité 1.1	Mener des CE / VAD par les ASC	Mars-Mai 2019	Nombre de CE et VAD par ASC	3 CE /ASC 12 VAD / ASC	Fiche de suivi CE Fiche de suivi VAD	ASC / C/CSI ASC
Activité 1.2	Elaborer et présenter les spots radio sur le programme PCIMAS	Mars-Mai 2019	Nombre de spots	1 spot par mois	Spots sur le radio	DRSP / DS
Activité 1.3	Renforcer les capacités / former les ASC	Mars-Mai 2019	ASC formés	3 / village	Rapport de formation	CCSI
Activité 1.4	Fournir les boîtes à image	Indéterminé	Boîtes à images	1 Boîte à image / ASC	Fiche de décharge	MINSANTE / UNICEF
Activité 1.5	Motiver les ASC	Indéterminé				Etat
RECOMMANDATION 2 : Renforcer les capacités des responsables des CNAS sur la PCIMAS						
Activité 2.1	Accentuer les supervisions formatives à chaque niveau (DRSP→DS→FOSA→ASC)	En continue	Nombre de supervision réalisées	1 FOSA par mois	Rapport de supervision	DRSP / DS / FOSA
Activité 2.2	Former les nouveaux responsables des CNAS	Mars 2019	Nombre de responsables formés	2 responsables	Rapport de formation	DRSP / DS
Activité 2.3	Rendre disponible et à temps les intrants	En continue			Fiche de décharge	DRSP / DS
RECOMMANDATION 3 : Organiser la PEC en stratégie avancée pour les villages éloignés des CNAS						
Activité 3.1	Intégrer la PCIMAS à la stratégie avancée du programme Paludisme	En continue	Nombre de stratégies réalisées	4 fois / mois	Rapport et fiches de suivi	DS / CCSI

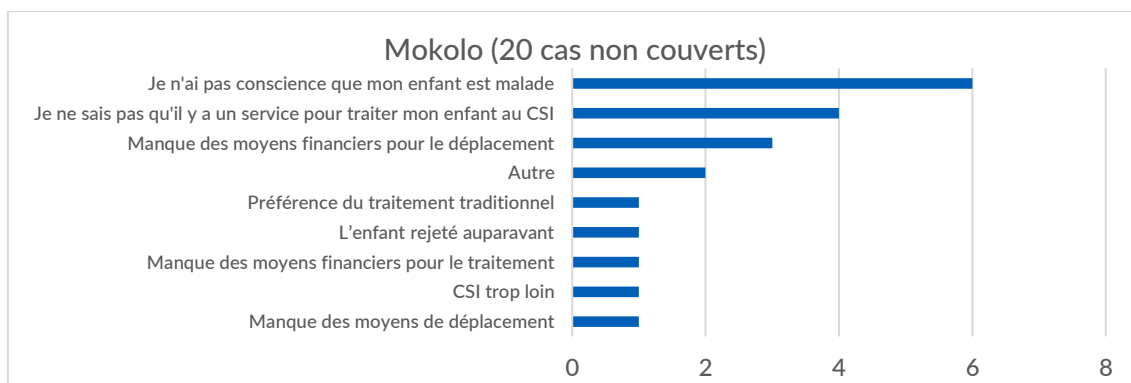
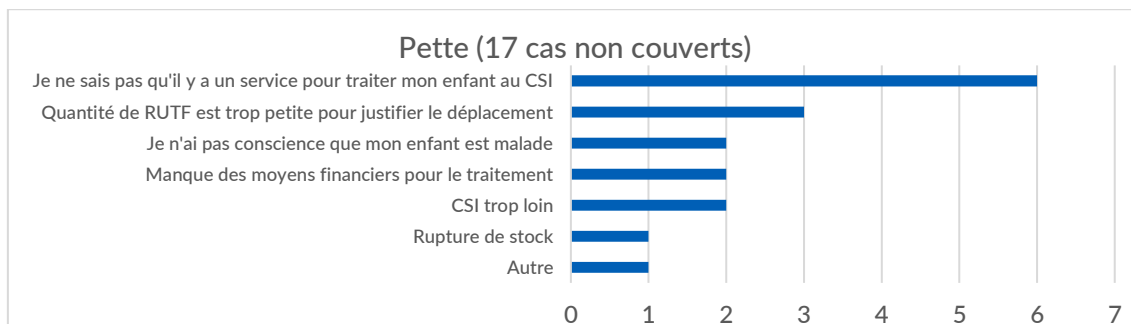
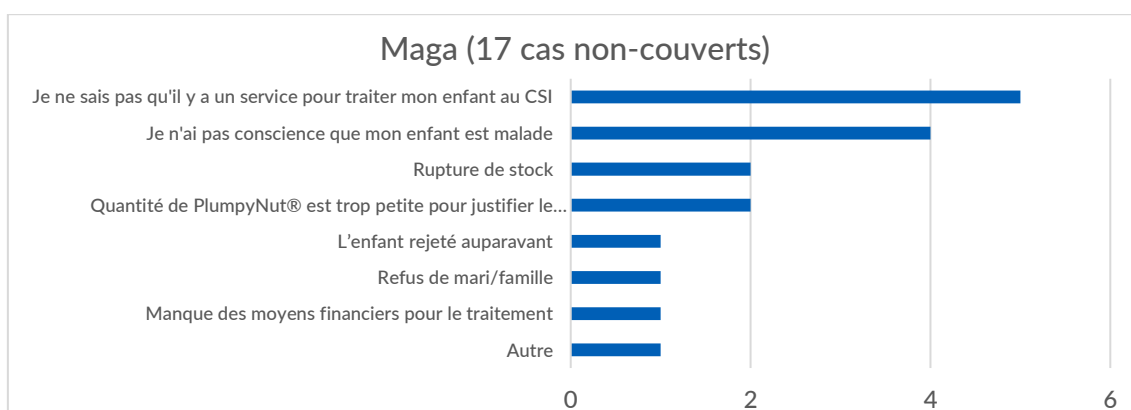
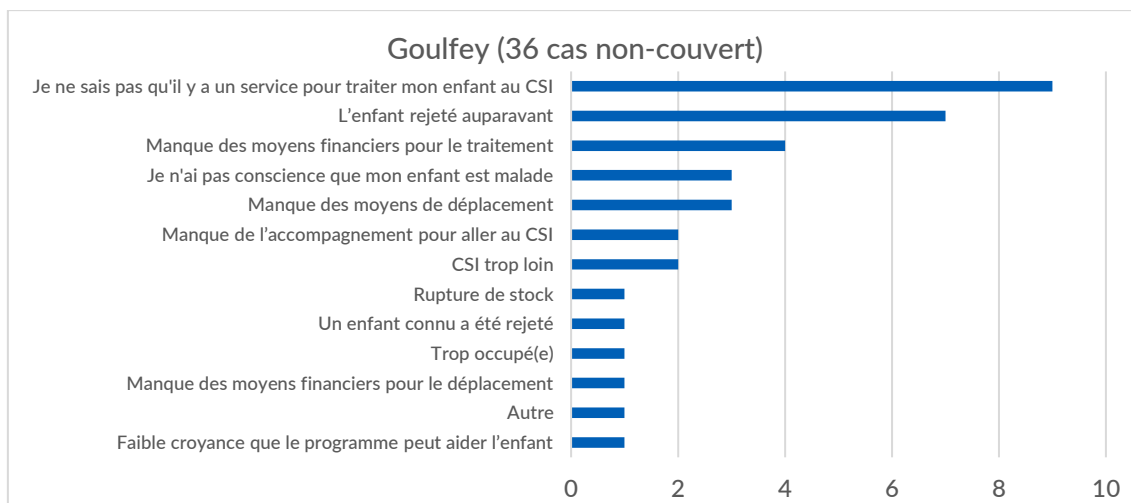
ANNEXE 3: RECOURS AU TRAITEMENT PAR DISTRICT

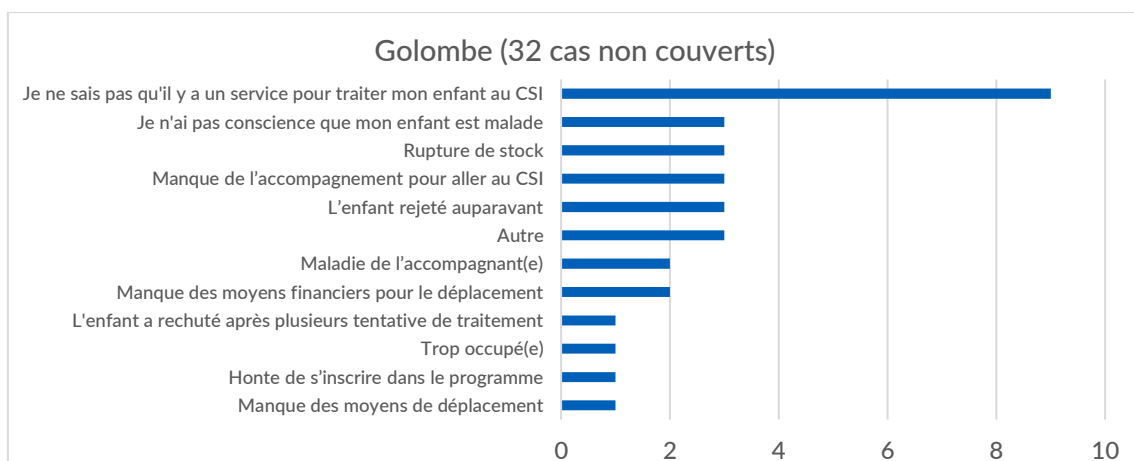
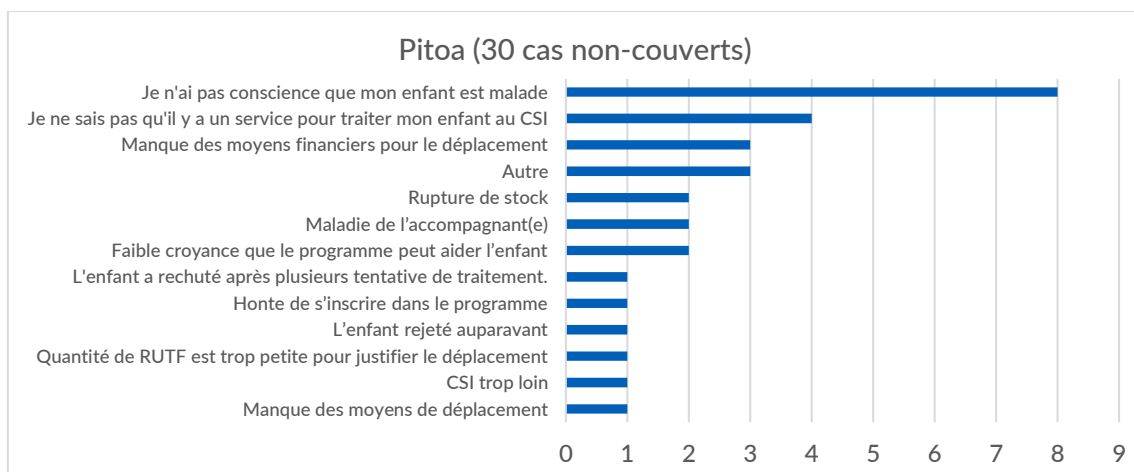
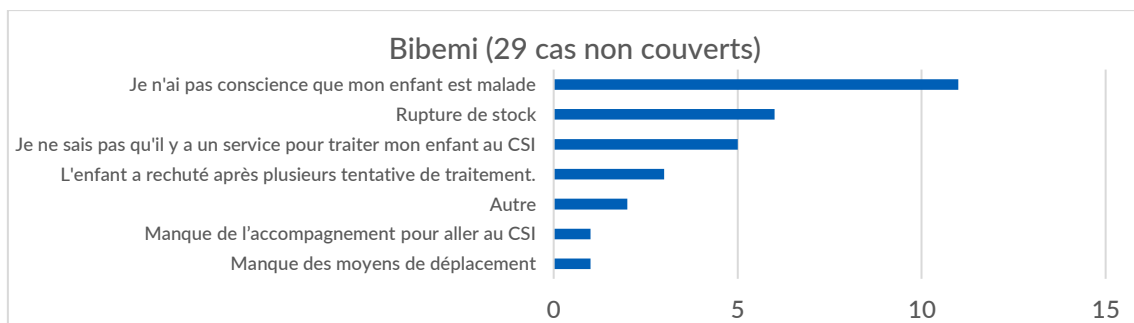
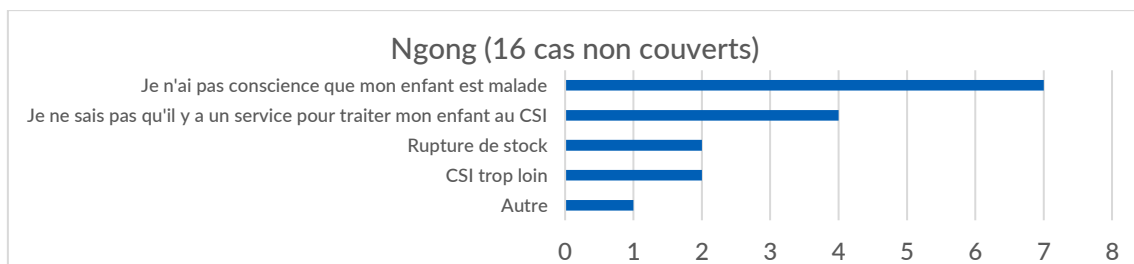




ANNEXE 4: BARRIERES A L'ACCES POUR TOUS LES DISTRICTS SANITAIRES







ANNEXE 5: FACTEURS FACILITANT L'ACCES ET LA COUVERTURE PAR DISTRICT SANITAIRE

