



Enquête Nutritionnelle SQUEAC

Évaluation Semi-Quantitative sur l'Accès et Couverture

JANVIER 2016

Région d'Assaba, Départements de Kiffa et Barkéol, Mauritanie

Julia WIGHT



Figure 1: Enquêteurs sur le terrain pendant étape 2, SQUEAC TDH-IT 2016 (Photo : JWight ©)



République Islamique de Mauritanie
Honneur - Fraternité - Justice
Ministère de la Santé

ECHO WF/BUD/2015/91042



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABRÉVIATIONS	4
RESUME	5
 1. INTRODUCTION ET CONTEXTE	 8
 2. PROCESSUS D'ENQUETE	 13
2.1. Étape 1 – Analyse de Données Quantitatives	13
2.2. Étape 1 – Collecte et Analyse des Données Qualitatives.....	23
2.3. Étape 2 – Développement des Hypothèses et Enquête sur Petites Zones.....	32
2.4. Étape 3 – Estimation de la Couverture.....	35
 3. DISCUSSIONS et RECOMMANDATIONS	 38
3.1. Discussions	38
3.2. Recommandations	40
 ANNEXE 1 : L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION	 43
ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DE L'ENQUÊTE	44
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIENS ÉTUDE COMMUNAUTAIRE	45
ANNEXE 4 : GUIDE ENTRETIEN ÉTUDE COMMUNAUTAIRE	49
ANNEXE 5 : RÉSULTATS COMPLETS ÉTUDE COMMUNAUTAIRE	50
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES CAS COUVERTS ET CAS NON COUVERTS	61
ANNEXE 7 : PLANNING DES ÉQUIPES ÉTAPE 2 ET 3	64
ANNEXE 8 : MANUEL DE TERRAIN	67
ANNEXE 9 : FICHE DE SUPERVISION	73



REMERCIEMENTS

Terre des Hommes Italie (TDH-IT) et le Coverage Monitoring Network (CMN) adressent ses sincères remerciement au Directeur Régional à l'Action Sanitaire (DRAS), aux équipes cadres des Moughattas sanitaires de Kiffa et Barkéol, et aux infirmiers chef de poste des structures sanitaires pour leurs engagements ayant permis de rendre cette investigation effective.

Cette investigation SQUEAC a été réalisée par l'équipe de TDH-IT avec l'appui technique du consultante du Coverage Monitoring Network (CMN). Elle a été réalisée grâce à l'appui financier d'ECHO.

Au niveau communautaire, nous remercions les chefs de villages et les relais communautaires visités au cours des différentes étapes de l'enquête ainsi que les informateurs clés qui nous ont appuyés pour la réussite de cette investigation.

Au niveau interne nous tenons à exprimer notre gratitude à l'équipe du TDH-IT pour avoir facilité la conduite de cette enquête. Nous remercions particulièrement Manuela D'Andrea, coordinatrice du projet TDH-IT, Youssouf Saidou Attié, responsable du volet mobilisation communautaire TDH-IT, Amadou Abdoulaye Dem assistant technique de nutrition TDH-IT et Doulo Mbo, assistant technique de nutrition TDH-IT. Merci énormément pour la franche collaboration et d'avoir assuré une bonne 'équipe SQUEAC'.

Nous remercions également toute l'équipe du projet Nutrition/Santé à Kiffa et Barkéol, l'équipe de la logistique, l'équipe finance, et l'équipe du siège qui ont énormément contribué à la réalisation de cette investigation.

En particulier, nous adressons nos reconnaissances et notre satisfaction à l'endroit de toute l'équipe d'enquêteurs pour sa très bonne implication, son objectivité et sa motivation dans la conduite de cette investigation.

Nous remercions également, Emily Hockenhul, Bel Allen, Diego Macias, Carine Magen et Lenka Blanarova du CMN à ACF-UK, pour leur appui technique dans l'élaboration de la méthodologie et résultats du SQUEAC et l'étude communautaire.

Enfin nous adressons nos remerciements à tous ceux qui à un titre ou à un autre ont contribué à la réalisation de cette investigation.

ABRÉVIATIONS

ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BBQ	Barrières, Boosters et Questions
CMN	Coverage Monitoring Network
CRENAM	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
CRENAS	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
CRENI	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
CS/PS	Centre de Santé/Poste de Santé
DDS	Durée de Séjour
DRAS	Direction Régional à l'Action Sanitaire
ECHO	European Commission's Humanitarian aid and Civil Protection
FSMS	Food Security and Monitoring System
GDP	Gain de Poids
ICP	Infirmier Chef de Poste
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MS	Ministère de la Santé
PB	Périmètre Brachial
PEC	Prise en Charge
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
RAC	Méthodologie recherche active et adaptative des cas (de MAS)
RC	Relais Communautaire
SMART	Standardized Monitoring for Relief and Transition
SPHERE	Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Evaluation Semi-Quantitative de l'Accès et Couverture)
TDH-IT	Terre des Hommes Italie
UNICEF	Fond des nations Unie pour l'enfance
VAD	Visite à Domicile



RESUME

Le projet de TDH-IT assure un appui technique pour la DRAS dans la mise en œuvre du programme PCIMA dans la région d'Assaba. L'appui technique intervient dans 23 CRENAS dans les CS/PS à Kiffa et 18 CRENAS dans les CS/PS à Barkéol, et les 2 CRENI à Kiffa et Barkéol, dans la mise en place du programme PCIMA au niveau des structures sanitaires. Le projet dispose également de l'appui communautaire en partenariat avec cinq ONG locales dans la mise en place et supervision des relais communautaires (RC) ; qui couvre, 101 et 134 RC dans les villages de Kiffa et Barkéol respectivement.

Objectif Général du SQUEAC était d'évaluer la couverture et les contraintes d'accès aux centres nutritionnels intégrés dans les centres/ postes de santé (CS/PS) dans la région d'Assaba, dans les départements de Kiffa et Barkéol en utilisant la méthodologie SQUEAC, la méthodologie de FANTA 2012¹. L'investigation SQUEAC a été effectuée entre le 12 janvier et 4 février 2016², avec une étude communautaire³ intégrée, dans la région rurale d'Assaba – un milieu typiquement sédentaire et pasteurs.

L'enquête a déployé 6 équipes de 2 à 3 personnes qui ont travaillé en tant que collecteurs de données (enquêteurs), sous la direction de 3 superviseurs de TDH-IT responsables pour la réalisation de l'enquête sur le terrain. Une consultante du CMN a été recrutée par TDH-IT pour la gestion de l'investigation et l'étude communautaire, de la planification et la collecte de données à la rédaction du rapport final.

L'estimation Bayésienne de la couverture ne sont pas très utile dû au fait qu'il y a une variation significatif entre la probabilité à priori et l'évidence vraisemblable des résultats. Alors, la décision a été prise de ne pas présenter les résultats d'estimation de couverture dans cette investigation.

Les résultats des barrières et facilitateurs (boosters) identifiés pendant l'investigation SQUEAC, sont résumés dans le tableau résumé ci-dessous par thème.

Tableau Résumé : Liste des thématiques des barrières et boosters/facilitateurs développée des informations quantitatives et qualitatives d'étape 1 - SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Thème	Barrières	Facilitateurs
Géographique	- Distance - Enclavements - Mauvaise répartition des CS/PS - Manque de couverture globale des RC	Appui de TdH-IT pour effectuer les livraisons
Temporal	Abandons élevés	
Socio-culturel	- Stigmatisation - Méconnaissance de la malnutrition - Recours de soins néfastes - Méconnaissance de la PCIMA - Partage ATPE - Découragement des mères par dépistage répétitifs - Occupation des mères	Bonne appréciation de la prise en charge par la communauté
Financière	Manque de moyen – finance et transport	Gratuité de la prise en charge

¹ Myatt, Mark et al. 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference. Washington, DC: FHI 360/FANTA

² Voir Annexe 2 pour le chronogramme complet de l'investigation SQUEAC

³ How to Conduct Community Assessment, Coverage Monitoring Network, 2015



Qualité de Programme

- Rupture d'intrants
- Délai de répondre au requêtes intrants
- Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP
- Mauvaise accueil
- Pauvre qualité de rapport
- Manque de formation ICP
- Manque de sensibilisation par les ICP
- Substitution des ICP par les Infirmières de TdH
- Pas de traitement MAM
- Absence des ICP
- Manque d'espace/eau au CRENAS
- Difficulté de recruté les RC de qualité
- Présence des RC/fierté dans le travaille
- Disponibilité des outils de travaille pour RC – Flip-Charts
- Bonne coordination de TdH-I avec les ONG locales dans le gestion des RC
- Formation et supervision disponibles pour les ICP

Les résultats du SQUEAC et étude communautaire des Moughataas de Kiffa et Barkéol 2016, indiquent une forte appréciation des services, les RC qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre de la PCIMA, une connaissance de la gratuité des soins et accès aux intrants. En même temps, il y existe une appréciation pour la bonne collaboration avec TDH-IT avec les ONG locales, le DRAS et la communauté, et le soutien de TDH-IT pour assurer les livraisons des intrants. L'appuie

Certes, il est reconnu que les facilitateurs/boosters de cette enquête soulignent l'importance de la réputation et compréhension du programme PCIMA.

Le programme a aussi les barrières d'accès qui inclue, la méconnaissance de la malnutrition et une faible compréhension du traitement et du programme au niveau communautaire. En même temps, la compréhension actuelle du programme semble être entachée par une mauvaise réputation ; cité avec un mauvais accueil, un manque d'espace et manque d'eau, une faible implication des ICP, les absences des ICP les jours de CRENAS et un manque de données et rapport remonter. La formation des ICP et RC sur la PCIMA et les sensibilisations est aussi identifié comme des faiblesses.

En combinaison avec la barrière de la distance et disponibilité des moyens de transport ou financier pour s'y rendre aux CS/PS, les problèmes d'accès aux soins pour la malnutrition sont évidents.

Finalement, le taux d'abandons élevée signale une problématique d'accès surtout pendant la période d'hivernage, avec les enclavements, et les déplacements communs de la population – l'exode, les transhumances, et le nomadisme – qui augmente les taux d'abandons pendant et après la période de soudure. Combiné avec les ruptures des intrants, et il y a un grand problème de couverture de programme avec une population qui ne revient plus ou qui n'a pas accès au traitement.

Les recommandations préliminaires, développer avec l'implication de l'équipe SQUEAC et la communauté, inclus :

1. Renforcer la Mobilisation Communautaire

- 1.1. Agrandir la zone de couverture des RC
- 1.2. Améliorer la qualité de dépistage et suivi des référencement communautaires
- 1.3. Assurer la sensibilisation sur la malnutrition et PCIMA et hygiène

2. Améliorer la qualité et utilisation de la Prise en Charge

- 2.1. Estimer les besoins en personnel qualifié pendant les missions de supervision
- 2.2. Formation continue en PCIMA pour les ICP
- 2.3. Mettre l'accent lors des visites d'appui sur la tenue effective et la qualité des activités de prise en charge dans les CS/PS



2.4. Renouveler/ réactivé les comités de santé

2.5. Améliorer la qualité d'hygiène et assainissement dans les structures sanitaires

3. Mettre en place les mesures de réduire l'impact de barrières de la distance et coûts d'opportunités

3.1. Assurer une meilleure compréhension de problèmes/barrières géographiques/ financières

3.2. Assurer un stock d'ATPE suffisant pendant période d'hivernage et enclavements

3.3. Plaidoyer envers les autorités sanitaires que les produits de traitement (ATPE) pour deux semaines (au cas par cas)

3.4. Répondre aux besoins dans le cadre de stratégie mobile

4. Analyse de la couverture du programme

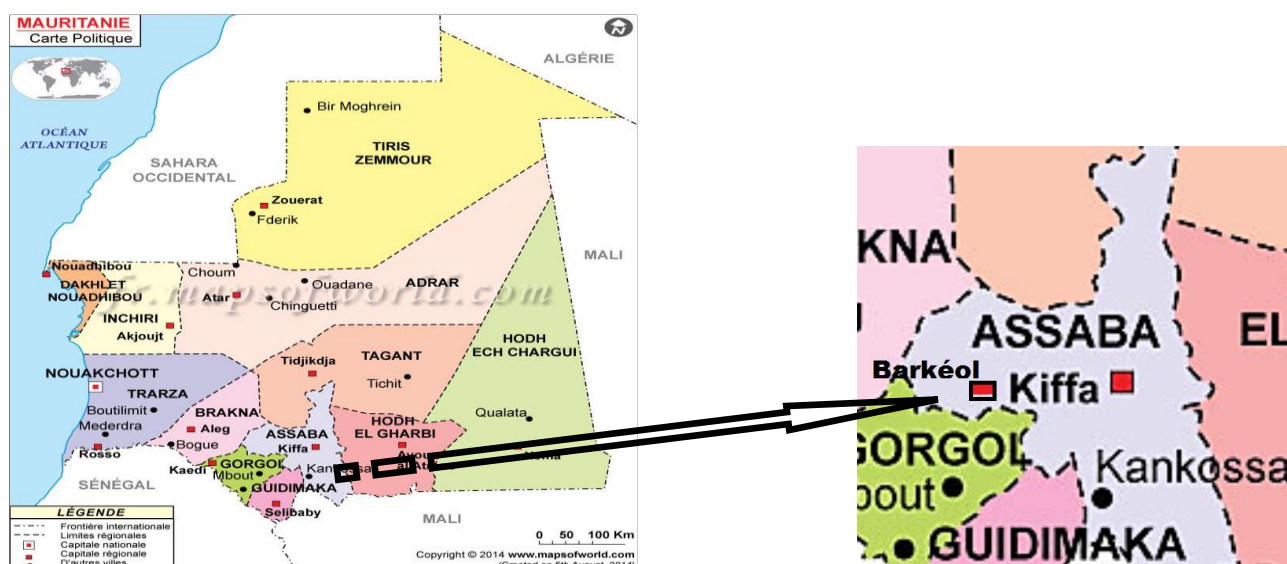
4.1. Organiser une enquête de couverture dans les Moughattas de Kiffa et Barkéol - pendant période de soudure

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1. Contexte et Carte

La Wilaya (région) de l'Assaba se situe au Centre-Sud de la Mauritanie et y occupe une superficie de 36.600 km². A l'Est, elle est limitée par la Wilaya du Hodh El Gharbi, au Sud par la République du Mali, au Sud-Ouest par les Wilaya du Guidimakha et du Gorgol, à l'Ouest par la Wilaya du Brakna et au Nord par la Wilaya du Tagant. A mi-parcours entre les frontières Ouest et Est du pays, elle constitue un véritable carrefour pour les déplacements entre les Wilaya de l'Ouest (Trarza, Brakna) et celles de l'Est (les deux Hodh) et entre les Wilaya du Nord (Tagant, Adrar) et celles du Sud (Gorgol, Guidimakha).

Schéma 1 : Carte du pays Mauritanie et départements de l'enquête SQUEAC, Moughataas de Barkéol et Kiffa – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



La Wilaya de l'Assaba s'étend sur environ 300 km en direction Nord – Sud et sur 200 km en direction Ouest – Est. Le relief est caractérisé par une vaste péri plaine, plane à vallonnée, traversée cependant par les contreforts des plateaux montagneux du Tagant. La capacité de rétention de ces formations montagneuses étant très faible, les eaux de pluie donnent lieu à de forts ruissellements et les oueds, qui se déversent de ces montagnes, connaissent d'importantes crues en période d'hivernage.

Bien qu'en ne couvrant, avec 36.600 km², que 3,55% du territoire national, la Wilaya de l'Assaba compte 325.897 habitants sédentaires en 2013², soit environ 9,2% de la population mauritanienne.

Administrativement, la Wilaya est découpée en cinq Moughataas (départements) avec un total de 26 communes comme suit :

- Barkéol : 8 communes
- Boumdeid : 3 communes
- Guérou : 4 communes,
- Kankossa : 5 communes,
- Kiffa (la capitale régionale) : 6 communes

² Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013)



1.2. Situation de la Région

Selon les résultats de la dernière enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV), réalisée en 2008, environ 56% de la population de la Wilaya de l'Assaba vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 44,1% en 2004. L'analyse de l'incidence de la pauvreté selon les Moughataa montre que Barkéol et Kankossa sont les plus pauvres avec 76,3% et 73,1%, respectivement. La Moughataa la moins pauvre de la Wilaya est celle de Guérou avec un taux de 31,7%.

Selon le rapport FSMS (Food Security and Monitoring System) du mois de Février 2015, 'les taux d'insécurité alimentaire les plus élevés sont constatés dans quatre wilayas: Hodh Echarghi (37,1%), Gorgol (35,1%), au Guidimakha (33,1%) et au Tagant (31,4%). L'Assaba avec 27,3% des ménages affectés et le Hodh El Gharbi avec un taux de 21,1% sont les deux autres Wilayas du sud-est dans lesquelles plus de 20% des ménages souffrent d'insécurité alimentaire.

La mauvaise pluviométrie en 2014 et ses conséquences sur la production agricole, l'élevage et la main d'œuvre agricole sont les premières causes de l'accroissement de l'insécurité alimentaire dans toutes les zones du pays.

1.3. Situation Nutritionnelle

En effet, les données de l'enquête SMART⁵ de soudure de Juin 2015 montrent un taux de MAG au niveau national de 14 %, pour les résultats de mesure poids-taille. En Assaba, la prévalence de la MAG est estimée à 20.5% et reste toujours au-delà du seuil critique selon la classification de l'OMS. La prévalence de la MAS est de 3,10% (IC 95% 2,2-4,4%), (0.9% (IC 95% 0,3-3,2%) à Kiffa et 5,0% (IC 95% 3,6-6,8) à Barkéol).

1.4. Description d'Intervention TDH-IT

TDH-IT est présente en Assaba depuis 2011 avec un projet de lutte contre l'insécurité alimentaire (PLIACEM) en partenariat avec le CSA (Commissariat pour la Sécurité Alimentaire). Ce projet a permis à TDH-IT de mieux connaître le milieu rural et les problématiques nutritionnelles de l'Assaba car il se déroule sur deux axes : appui à microprojets agricoles et horticoles et sensibilisations pour la prévention et le traitement de la MAM.

A compter de mars 2014, TDH-IT est titulaire d'un contrat avec ECHO qui a prévu d'intervenir en appui aux CRENAS et aux CRENI de Kiffa et Barkéol en intégrant les communautés sur les phases de gestion de la prise en charge nutritionnelle comme le dépistage actif, le référencement et le suivi à domicile, avec un projet de Sécurité alimentaire, Eau Hygiène Assainissement et de Nutrition.

Le projet faisant l'objet de cette étude est à sa deuxième phase et est intitulé « **Appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants entre 0 et 59 mois et intégration du système de prise en charge nutritionnelle dans les structures de santé - Mauritanie** ». Le projet est financé par ECHO jusqu'en Février 2016 avec la possibilité de continuation pour une troisième phase en cours. Depuis Mai 2014, la couverture sanitaire du projet est de 100% (41 postes et 2 centres de santé couverts par TDH-IT). Au niveau communautaire, la couverture avec les activités de dépistage de masse et les activités de sensibilisation est de 80% de la population de la Moughataa de Barkéol et Kiffa.

Présentement, le projet de TDH-IT assure un appui technique pour la DRAS dans la mise en œuvre du programme PCIMA dans l'Assaba. L'appui technique intervient dans 23 CRENAS dans les CS/PS à Kiffa et 18 CRENAS dans les CS/PS à Barkéol, et les 2 CRENI à Kiffa et Barkéol, dans la mise en place du programme PCIMA au niveau des structures sanitaires. Le projet dispose également de l'appui communautaire en partenariat avec cinq ONG locales dans la mise en place et supervision des 235 relais communautaires (RC) ; qui couvre, 101 et 134 RC dans les villages

⁵ Évaluation de la situation nutritionnelle et de mortalité à Mauritanie, rapport préliminaire SMART, UNICEF, juin 2015



de Kiffa et Barkéol respectivement. Finalement, le projet assure un appui logistique en lien avec le DRAS et UNICEF dans les livraisons des intrants thérapeutiques dans les CS/PS avec programme de CRENAS et CRENI.

1.5. Objectives du SQUEAC

Objectif Général : Evaluer la couverture et les contraintes d'accès aux centres nutritionnels intégrés dans les centres/ postes de santé (CS/PS) dans la région d'Assaba, dans les départements de Kiffa et Barkéol en utilisant la méthodologie SQUEAC (Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture).

Objectifs Spécifiques :

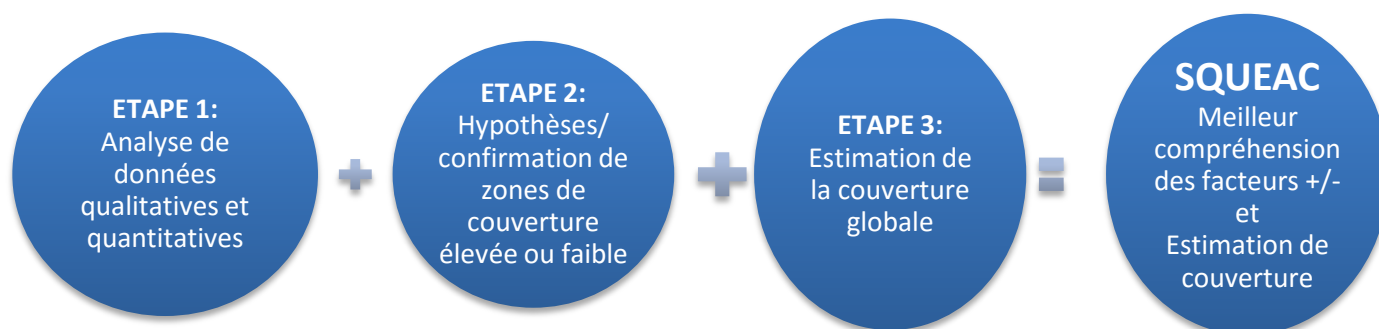
- Déterminer la couverture des programmes nutritionnels dans les départements de Kiffa et Barkéol de la région d'Assaba.
- Evaluer les barrières à l'accès au traitement du programme PCIMA à partir des cas de malnutrition aiguë sévère détectés et non-inscrits dans les programmes au moment de l'enquête.
- Assurer, pendant l'investigation SQUEAC, une étude communautaire pour mieux comprendre le contexte d'intervention autour du programme PCIMA.
- Assurer un transfert de compétences/connaissances en termes d'utilisation des outils, les techniques et la méthodologie SQUEAC au profit du staff de TDH-IT.
- Formuler des recommandations afin d'améliorer l'accès aux CRENI-CRENAS et augmenter la couverture des programmes nutritionnels dans la région d'Assaba.

1.6. Méthodologie de SQUEAC

Dans l'objectif de mieux comprendre les barrières à la fréquentation des postes/centres de santé (PS/CS) et d'améliorer l'accès à une prise en charge de qualité aux enfants souffrant de la malnutrition aiguë de la région d'Assaba, TDH-IT a décidé de réaliser une enquête de couverture de la prise en charge de la malnutrition dans les 14 communes de cette région (6 communes dans la moughataa de Kiffa et 8 communes dans la moughataa de Barkéol). L'enquête SQUEAC, en utilisant la méthodologie de FANTA 2012⁶, a été effectuée entre le 12 janvier et 4 février 2016⁷, avec une étude communautaire⁸ intégrée.

L'investigation SQUEAC compris de trois étapes de collecte de données, présenter suivants :

Schéma 2 : Diagramme des étapes de l'investigation SQUEAC



⁶ Myatt, Mark et al. 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference. Washington, DC: FHI 360/FANTA

⁷ Voir Annexe 2 pour le chronogramme complet du l'investigation SQUEAC

⁸ How to Conduct Community Assessment, Coverage Monitoring Network, 2015



1. **Etape 1 :** Une analyse des données quantitative et la collecte et analyse des données qualitative et l'identification des facteurs positives (facilitateurs/boosters) et négatives (barrières) ayant un effet sur la couverture et accessibilité de programme PCIMA.
 - a. En lien avec l'investigation SQUEAC, l'étude communautaire a suivi les équipes des enquêteurs sur le terrain au sein des trois étapes dans la collecte et analyse de données qualitatives dans la communauté.
2. **Etape 2 :** Développement et test des hypothèses de couverture pour confirmer (ou invalider) les suppositions liées avec une zone avec couverture élevée ou faible, pour voir si la couverture est homogène dans les zones enquêter.
3. **Etape 3 :** Enquête des grandes zones pour déterminer une estimation de la couverture globale du programme à l'aide des techniques statistiques Bayésiennes.

1.7. Organisation de SQUEAC

L'enquête a déployé 6 équipes de 2 à 3 personnes qui ont travaillé en tant que collecteurs de données (enquêteurs), sous la direction de 3 superviseurs de TDH-IT responsables pour la réalisation de l'enquête sur le terrain. Une consultante du CMN a été recrutée par TDH-IT pour la gestion de l'investigation et l'étude communautaire, de la planification et la collecte de données à la rédaction du rapport final.

L'enquête a été organisée en janvier 2016, avec la collecte des données sur le terrain débutant le 18 janvier, terminant le 28 janvier. La planification complète se retrouve dans l'annexe 2.

Formation des équipes : Tous les enquêteurs et superviseurs ont suivi une formation de deux jours. La formation comprenait des séances théoriques, telles que sur les sujets des objectifs et méthodologie du SQUEAC, la collecte des données qualitatives, les procédures sur le terrain, et les séances pratiques telles que la prise de mesures anthropométriques (PB et les œdèmes) et le remplissage de questionnaires. La formation comprenait également des informations d'introduction sur la PCIMA dans l'Assaba et la terminologie clé nécessaire sur le terrain.

Les superviseurs ont aussi assistés dans tous les activités d'investigation et analyse des données de routine. Assurant un travail d'équipe pendant la complétude d'investigation.

Organisation sur le Terrain : Avec un manque de cartes assez détaillées dans tous les département sanitaire, les équipes ont été responsabilisées pour discuter avec les personnes clés/informées pour clarifier les axes de travail pour visiter les villages échantillonnés. Alors la planification détaillée des équipes était sous la responsabilité des superviseurs. La planification des équipes se trouve dans l'annexe 7.

Un manuel de terrain a été préparé et distribué aux superviseurs et enquêteurs pour clarifier les procédures sur le terrain, cela se retrouve dans l'annexe 8. Cela a permis dans une certaine mesure, de s'assurer que la méthodologie a été suivie d'une manière uniforme malgré la distance du superviseur et/ou le manque de réseaux téléphonique. Toutes autres questions et clarifications ont été discutées avec la consultante et les superviseurs tout au long de l'enquête pour diriger la collecte de données.

Pendant l'enquête, les activités ont été supervisées par la consultante avec les superviseurs, avec les visites des équipes sur le terrain – en assurant les visites pour chaque équipe dans la collecte de données qualitatives et pendant les enquêtes d'étape 2 et 3. Un formulaire de supervision a été développé pour assister les superviseurs d'identifier les points d'amélioration, qui se retrouve dans annexe 9.



1.8. Limitations et Leçons Apprises

Pendant l'enquête il y a eu des limitations dans la mise en œuvre, selon le contexte et certaines leçons apprises utiles pour ajuster d'autres enquêtes et prochaines étapes.

Les défis et limitations rencontrées comprennent :

- Pendant la mise en œuvre actuelle de l'investigation SQUEAC, la prévalence/incidence de la malnutrition aigue sévère (MAS) a été très faible. Cela a été confirmé pendant étape 2 à Kiffa et Barkéol et pendant étape 3 à Barkéol parce que les enquêteurs n'ont pas pu trouver le nombre de cas de MAS nécessaire pour atteindre l'échantillonnage attendu (cf. section 2.4). C'est pour cette raison que la collecte de données de l'étape 3 à Kiffa a été annuler complètement pour éviter les dépenses de ressources financière et logistique inutile.
- Sur le terrain, le mauvais réseau téléphonique dans certaines régions a empêché la communication en temps opportun des superviseurs avec la consultante pour les questions d'importance.
- Pendant les 2 jours de la collecte de données de l'étape 2, on a constaté que les équipes d'enquêteurs n'ont pas bien compris le concept d'un cas en voie de guérison (nécessaire pour la mesure de '*l'estimation de couverture unique*⁹ pendant étape 3). Cette à dire, sur le terrain ils ont considérés tous les enfants avec les critères de MAM comme les enfants en voie de guérison, incluant les enfants MAM non couverts. Dans cette investigation, dans l'étape 2, il n'y a pas eu une perte de données, tel qu'il n'y avait pas suffisamment de cas trouvé pendant ce temps de l'année (cf. section 2.4.).
 - Pour assurer une bonne continuation de la collecte de données sur le terrain, les équipes ont profités d'une reformation pratique avant le début de l'étape 3.
- Un manque des cartes, détaillées et mises à jour, des régions ne permettaient pas de vérifier une distribution géographique des villages échantillonnés dans chaque district avant la collecte de données.
- Pendant la collecte des données qualitatives, pour l'investigation SQUEAC et l'étude communautaire, les enquêteurs ont eu du mal à distinguer entre les questions dans les entretiens – ils ont compris que certains questions se répètent, alors ils n'ont pas abordé ces sujets en détail.
- En plus, pendant cette saison, il y a des travaux aux champs où plusieurs familles, et surtout les mamans avec leurs enfants, se retrouvent dans les champs et ne sont pas disponibles pour assurer que tous les enfants malades ont été vérifiés. Dans certains villages, les mères ont été demandées par les chefs de villages de retourner des champs, mais pas dans tous les villages.

⁹ Estimation de couverture unique est le calcul de couverture utilisé dès Mars 2015, SLEAC et SQUEAC, Field Exchange Report, Emergency Nutrition Network, Issue 49, Mars 2015

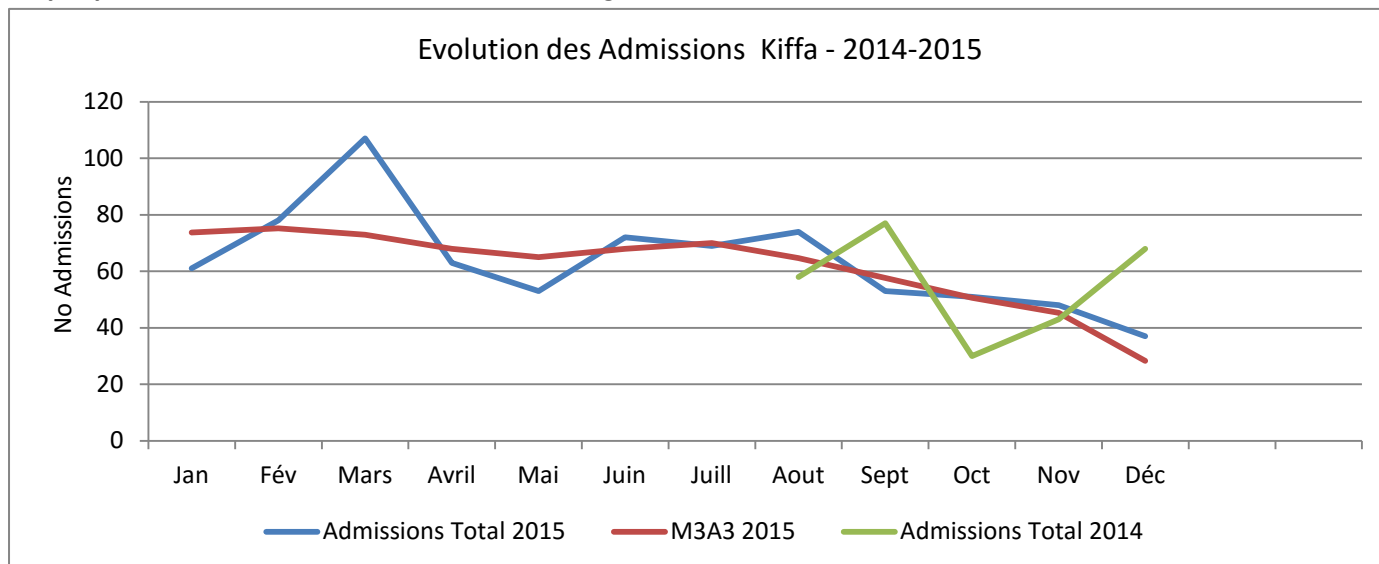


2. PROCESSUS D'ENQUETE

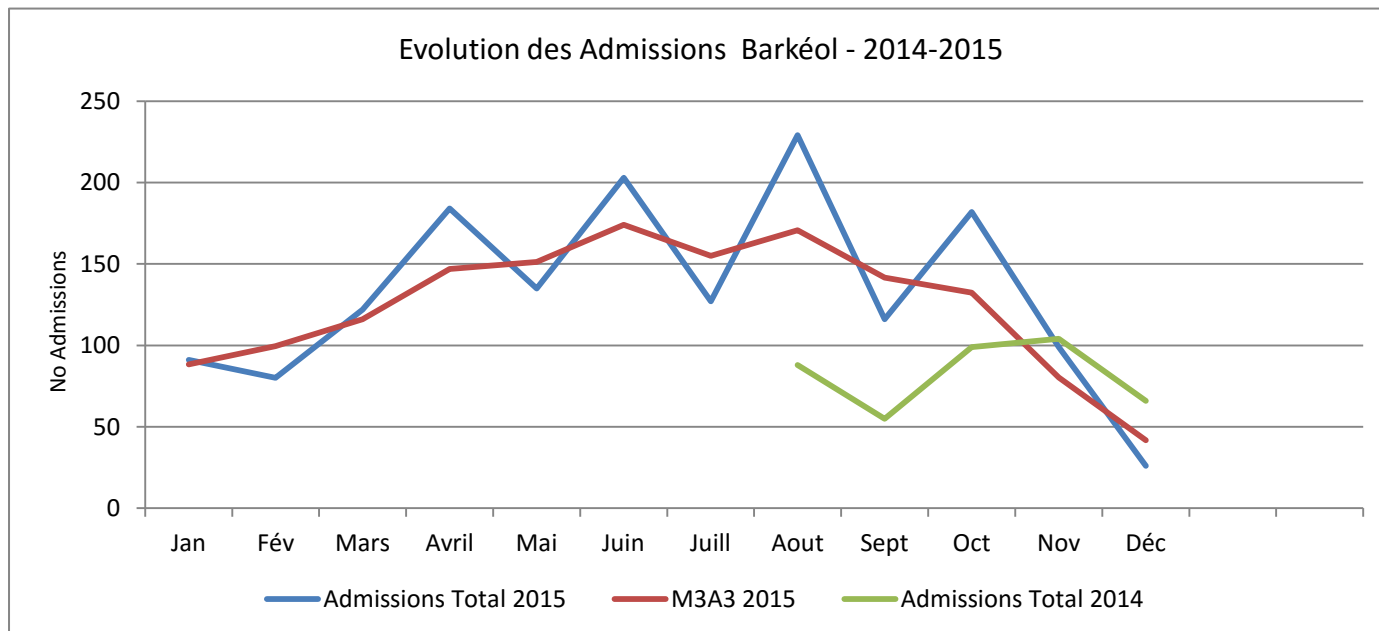
2.1. ÉTAPE 1 – ANALYSE des DONNEES QUANTITATIVES

2.1.1. Evolution des Admissions

Graphique 1 : Evolution des admissions de la Moughattaa de Kiffa, août 2014-déc 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 2 : Evolution des admissions de la Moughattaa de Barkéol, août 2014-déc 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- L'évolution des admissions à Kiffa et Barkéol sont présentés avec un courbe lissées (M3A3) pour les données de 2015 ; cela a été utilisé pour montrer les tendances globales, et utilise les données du moyen mois précédent et mois actuel pour développer la courbe.
- L'évolution des admissions à Kiffa et Barkéol suit les piques attendues pendant la période de soudure. Cette pique est plus prononcé à Barkéol comparé avec Kiffa, ce

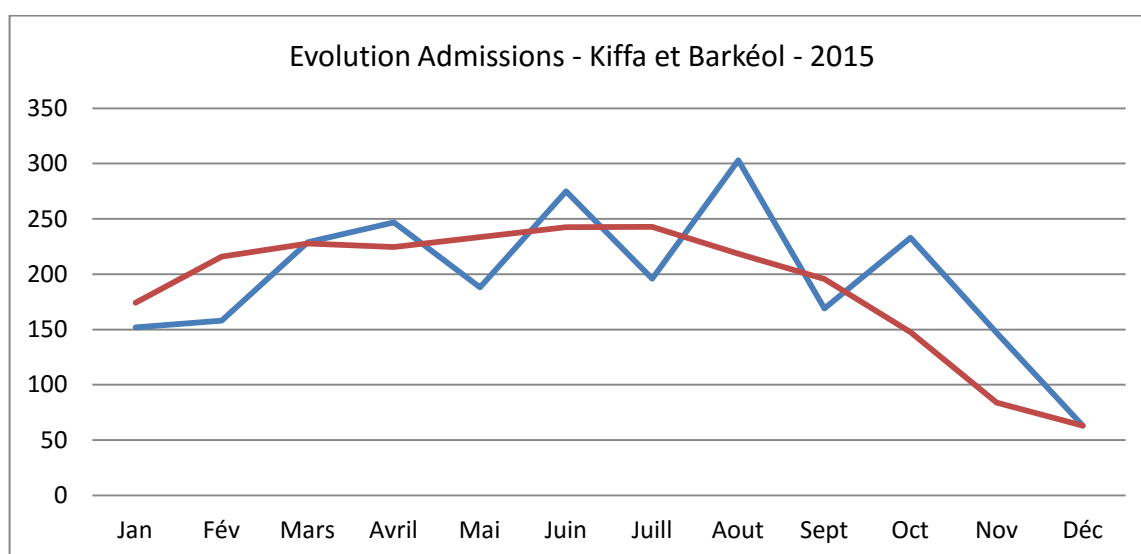


qui explique en parti par les admissions globales plus important, 1 594 et 766 admissions respectivement en 2015¹⁰.

- Les données de 2014 ont été disponibles à partir du mois d'août, et montre que malgré l'écart entre les deux années, les tendances sont similaires. A Kiffa les admissions à la fin de 2014 et début de 2015 sont plus important, dû à la crise alimentaire liée avec les pauvres récoltes.
- D'autres piques s'expliquent par rapport des dépistages évènementiels organisés par les ONG pendant les distributions ponctuelles (cf. graphique xx, calendrier saisonnière).

2.1.2. Calendrier Saisonnière

Graphique 3 : Calendrier saisonnière avec évolution des admissions, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



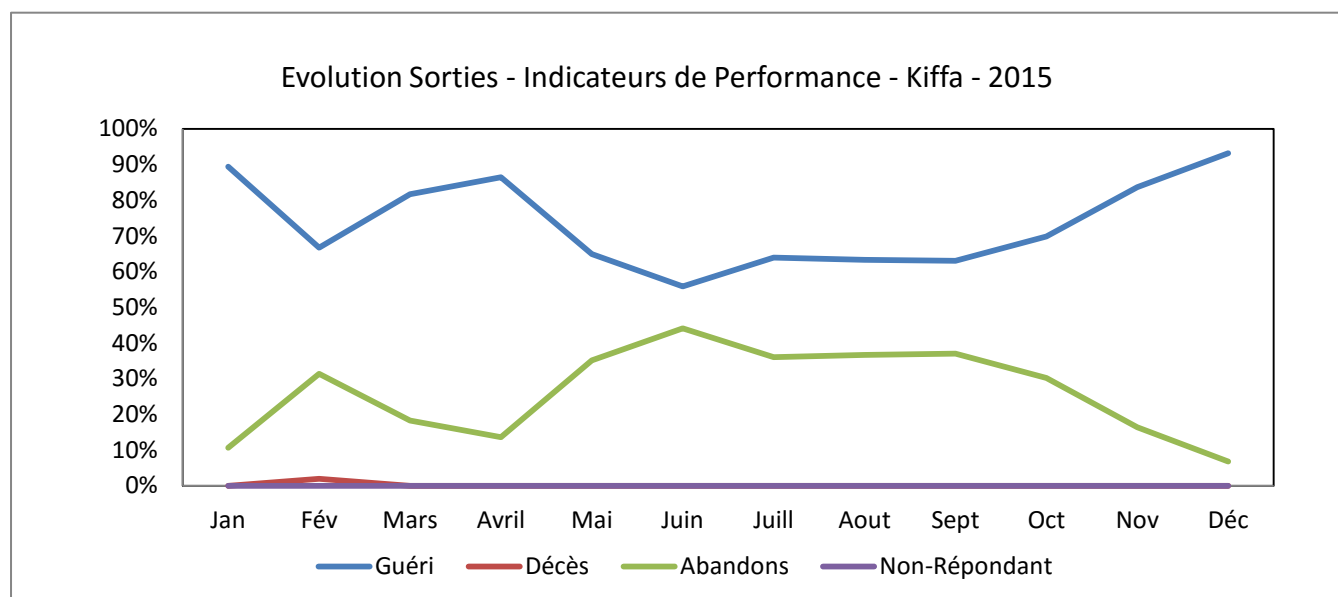
		Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
MALADIES	Palu												
	Diarrhée												
	Infection												
	Toux												
SAISON CLIMATIQUES	Froid												
	Sec /chaud												
	Soudure												
	Pluies /hivernage												
AGRICOLLES	Semences de maïs, légumes, patate												
	Semences de mil, riz, couscous												
	Récolte 1												
	Récolte 2												
	Production lait												
DEPLACEMENT	Transhumences Peuls												
	Exode Population vers NKT												
	Mouvements Nomads												
	Congé école												
EVENEMENTS/FETES	Ramadan												
	Fete Eid												
	Equipe dep												
	Plumpy Doz												
	Blanket feeding												
	Moustiquaires												
	Vaccination												

¹⁰ Ces chiffres ne sont pas encore validés officiellement par la DRAS

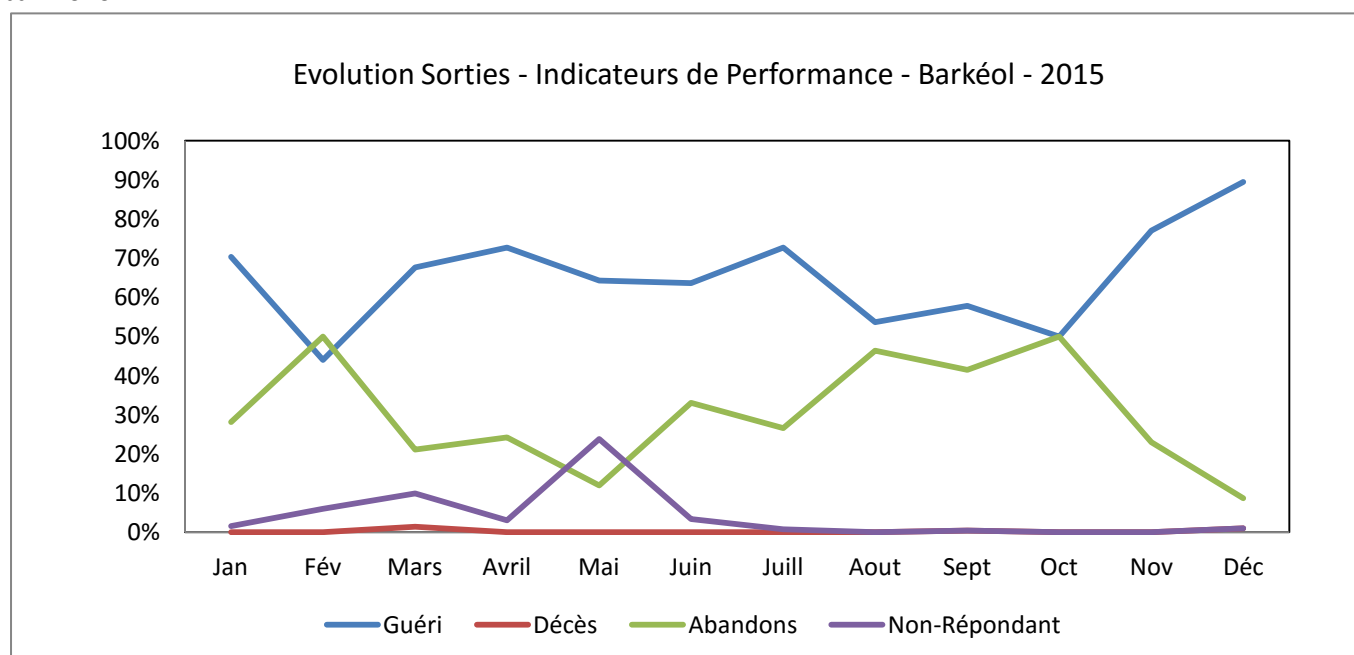
- Les pics d'admissions correspondent aux pics des maladies tel que : le paludisme, la diarrhée et les infections, ainsi que la période de soudure agricole et des grands déplacements des populations.
- En 2015, le Ramadan a été pendant le mois de juillet, qui correspond avec un pique des abandons (cf. graphique 6 et 7), et la fermeture de certains postes pendant la période de congé des infirmiers, qui a eu comme effet de diminution des admissions.

2.1.3. Indicateurs de Performance

Graphique 4 : Evolution des Indicateurs de performance des sorties des CRENAS à Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 5 : Evolution des Indicateurs de performance des sorties des CRENAS à Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



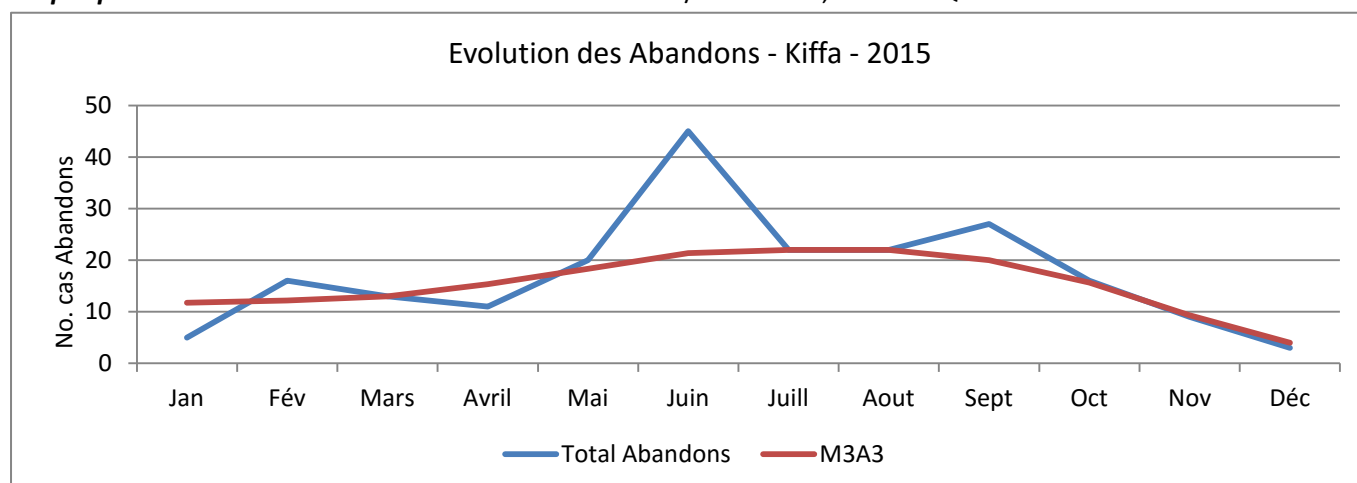
- L'analyse de l'évolution des indicateurs montre que lorsque le taux d'abandons augmente, le taux de guérison diminue à Kiffa et Barkéol.

- Les pics élevés des abandons correspondent la saison d'hivernage (saison des pluies) (cf. graphique 3), qui coïncide avec les plus grands déplacements des populations – des transhumants et nomades.
- En plus, depuis avril, le taux d'abandons commence à augmenter qui correspond avec les déplacements appeler 'l'exode' des citoyens vers la capitale, Nouakchott, pendant la saison chaude.
- A Barkéol, en mai, une pique de non-répondants s'apparaissait, qui a eu l'effet de diminuer le taux d'abandon ; pendant l'investigation, la raison pour cette pique de non-répondants n'était pas déterminer, mais pourrait être liées avec un mise-à-jour des données par les ICP dans les CS/PS avec les explications et clarifications des définitions fait par TDH-IT.
- En général, les taux d'abandons sont élevés dans cette région et se retrouvent supérieurs de 15% (standard SPHERE¹¹) pendant 9 et 10 mois à Kiffa et Barkéol respectivement (cf. section 2.1.4).

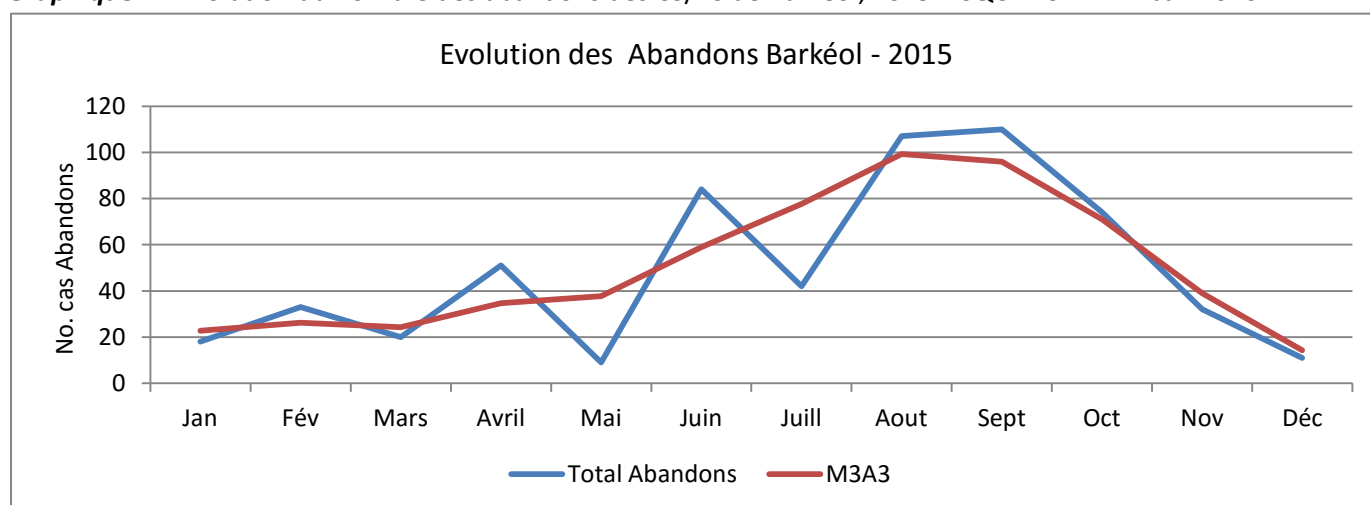
2.1.4. Analyse des Abandons

Au sein d'investigation SQUEAC, le problème des abandons a apparue pendant la collecte et analyse des données quantitatives et qualitatives. L'analyse des abandons par leur évolution, par CS/PS et par le nombre de visites avant sorti du programme est présentée ci-dessous.

Graphique 6 : Evolution du nombre des abandons des CS/PS de Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 7 : Evolution du nombre des abandons des CS/PS de Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



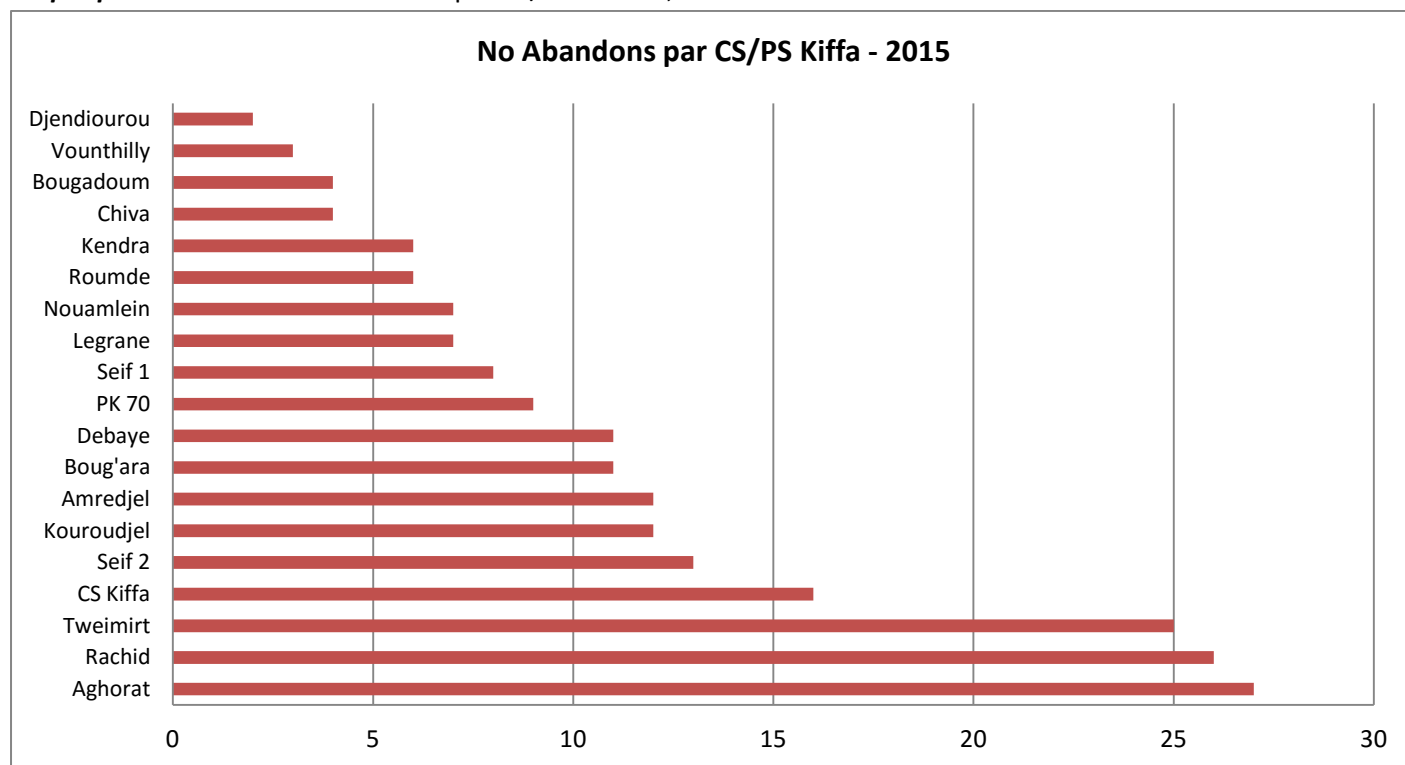
¹¹ Le guide SPHERE, Charte Humanitaire et Standards Minimum du Réponse Humanitaire, sphereproject.org



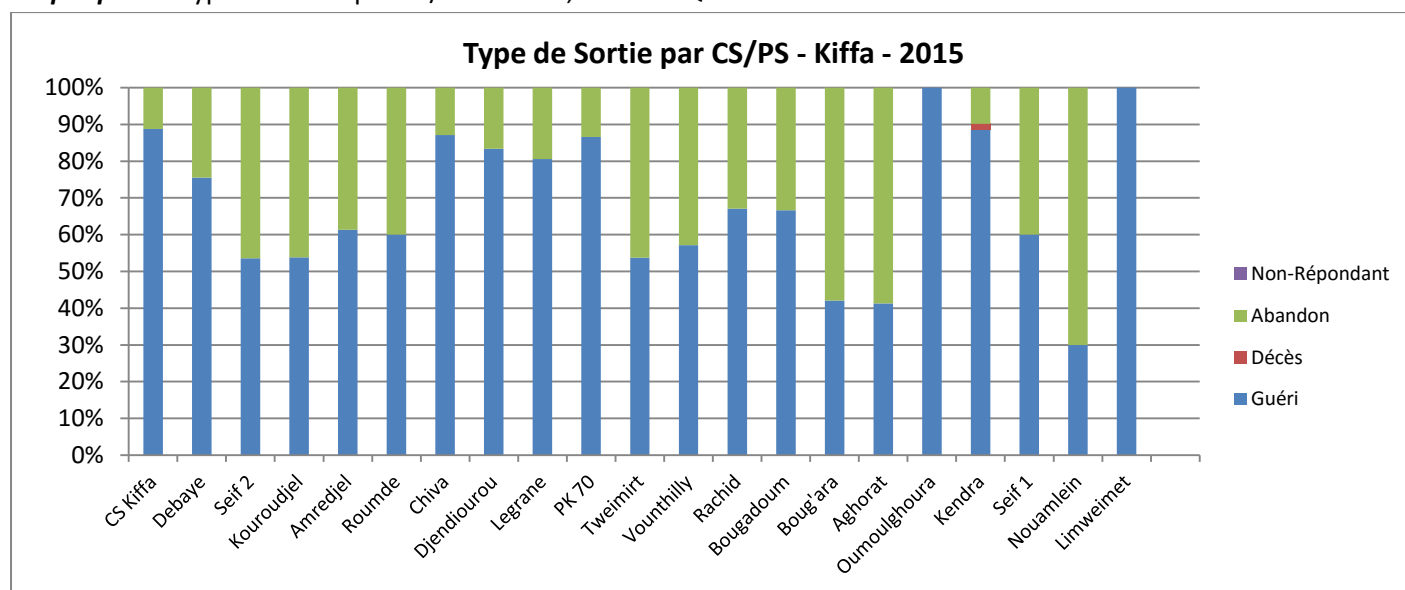
- L'évolution des abandons montre un pique pendant les mois d'hivernage, dû aux enclavements qui bloquent accès aux CS/PS. Ce phénomène est plus prononcé à Barkéol, surtout avec les enclavements plus nombreux et plus de déplacements par cette population (cf. section 2.1.3.)
- En total, il y avait 209 et 591 abandons à Kiffa et Barkéol respectivement.

Les CS/PS avec le plus de problèmes des abandons sont indiqués dans les graphiques suivants. Les graphiques 8 et 10 présentent le nombre des cas d'abandons par CS/PS et les graphiques 9 et 11 présentent le pourcentage des taux d'abandons par CS/PS.

Graphique 8 : Nombre des abandons par CS/PS de Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

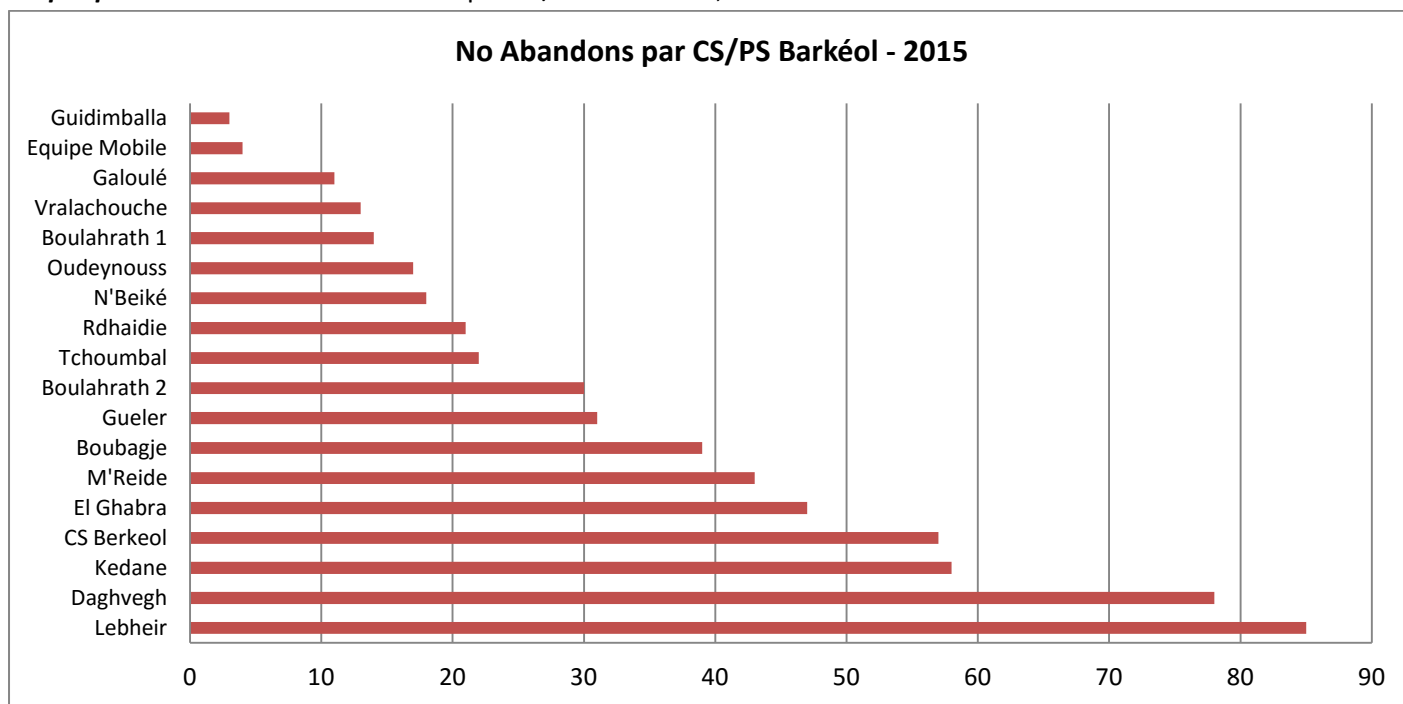


Graphique 9 : Type de sortie par CS/PS de Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

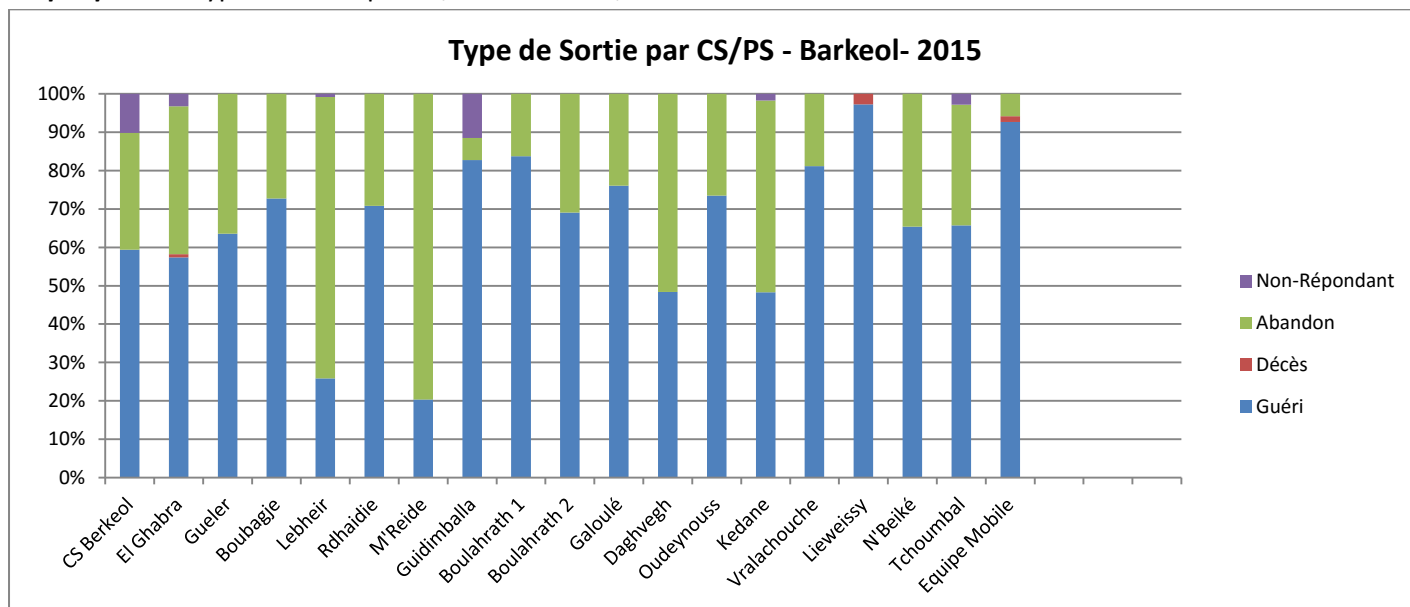




Graphique 10 : Nombre des abandons par CS/PS de Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 11 : Type de sortie par CS/PS de Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

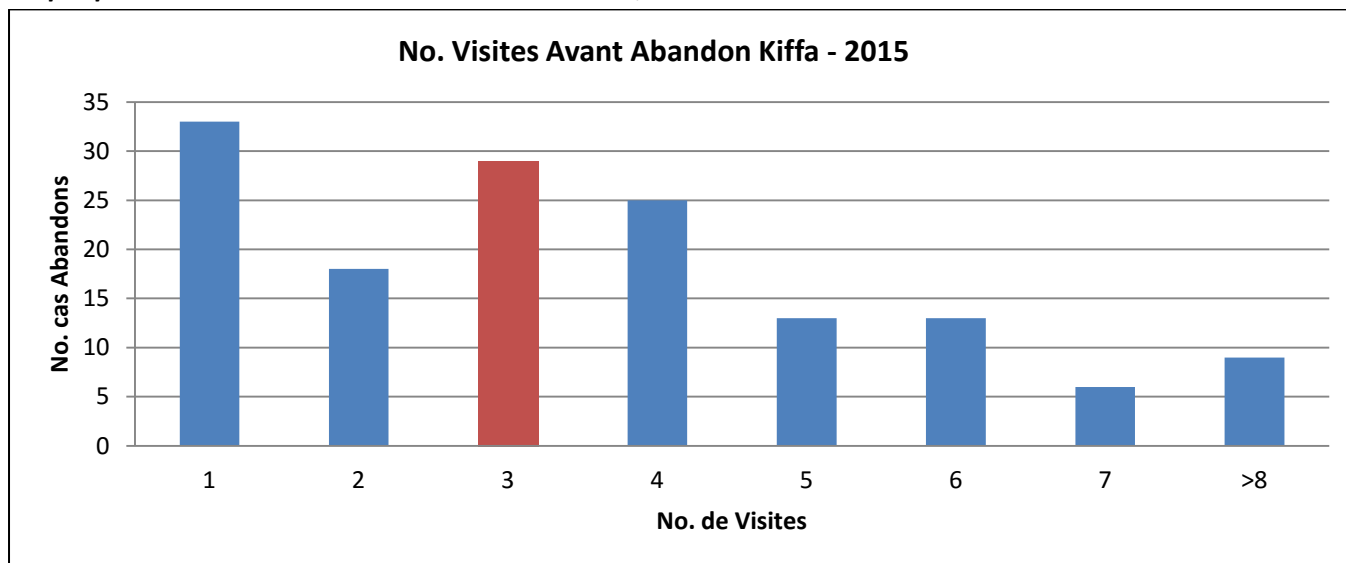


- Les analyses par les graphique 8 à 11, indique dans quels zones ou dans quels CS/PS il y a les problématiques d'abandons les plus prononcés à Kiffa et Barkéol.
- La problème des abandons est plus prononcé dans les CS/PS de Aghorat, Rachid et Twiermirt à Kiffa et dans les CS/PS de Lebheir, Daghvagh et Kedane à Barkéol.

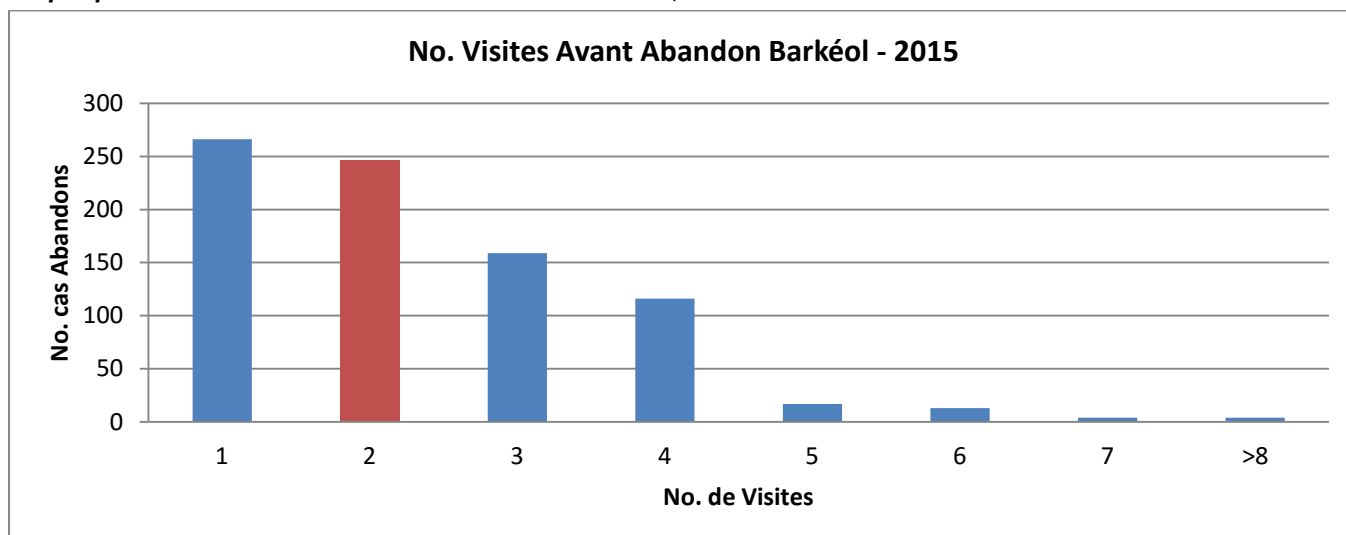
Le taux d'abandon dans les deux Moughataas est tellement prononcé, alors pour évaluer la gravité de ce cas d'abandon, une analyse pour le nombre de visites avant abandon a été effectuer pour mieux comprendre si les enfants abandons précocement ou tardivement, présenter dans les graphiques suivants.



Graphique 12 : Nombre visites avant abandon à Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 13 : Nombre visites avant abandon à Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

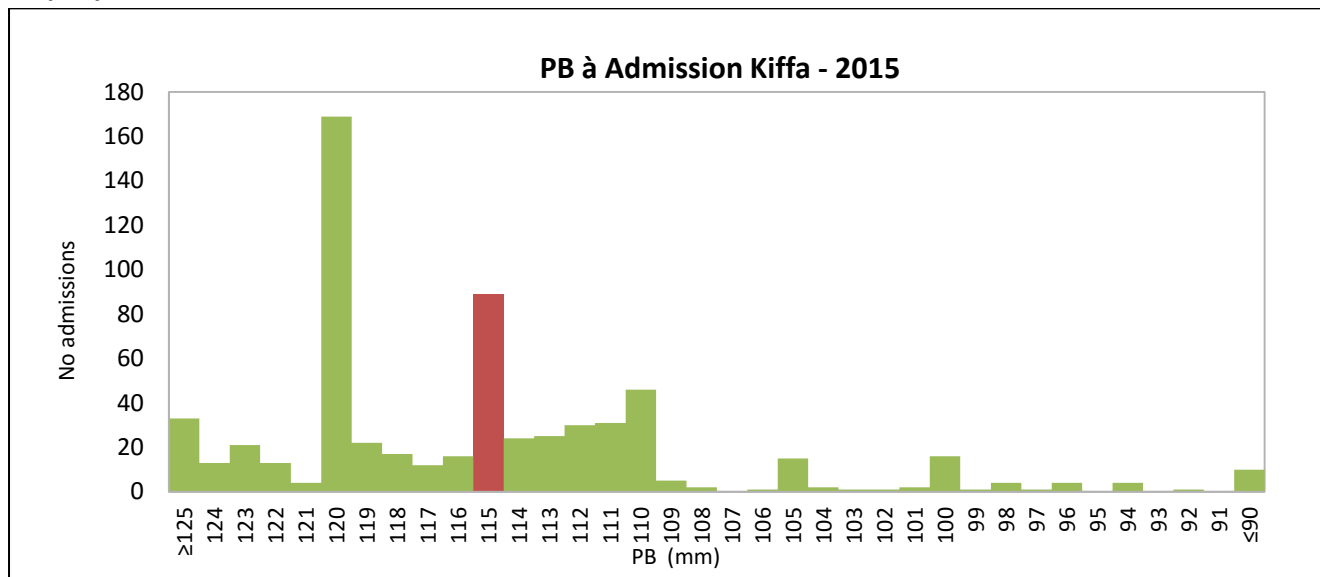


- L'analyse montre que les enfants des deux moughataas s'abandonnent avant la troisième visite, qui pourrait être classifié comme les abandons précoce, pour que l'enfant ne reçoive pas le traitement complet.
- Il y a un médian de 3 semaines à Kiffa et de 2 semaines à Barkéol, qui montre encore que la problématique des abandons est plus prononcé à Barkéol.
- Malgré les efforts pendant le SQUEAC de faire un collecte de données de la distance par rapport aux enfants abandonnées, il y a eu des problèmes de collecte (soit le registre ni le fiche de suivi des enfants n'indique pas le nom de village de l'enfant, soit la collecte des données pendant l'investigation a été mal fait et pas utilisable), qui ne permet pas une analyse de cet aspect des enfants abandonnés.

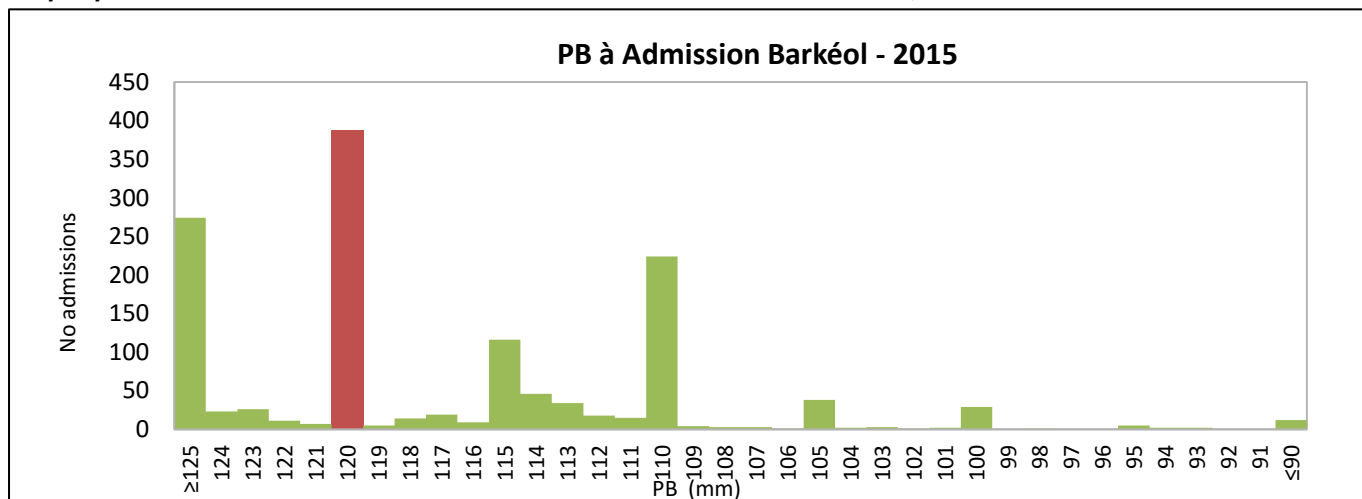


2.1.5. PB à l'Admission

Graphique 14 : Périmètre brachial à l'admission dans les CRENAS de Kiffa, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Graphique 15 : Périmètre brachial à l'admission dans les CRENAS de Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

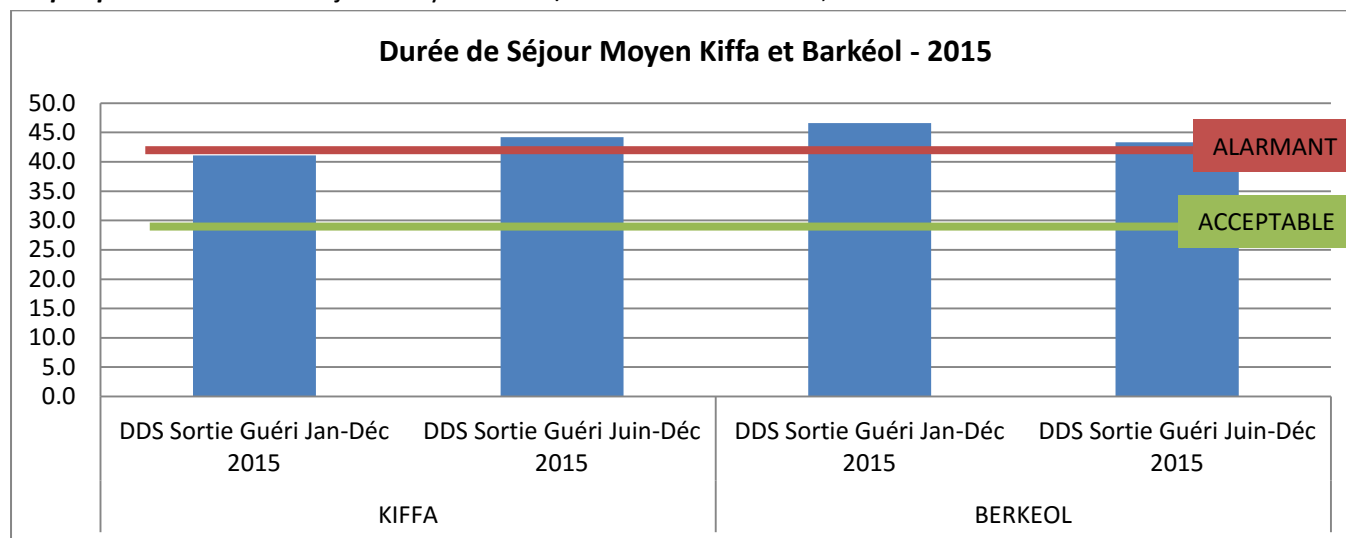


- L'analyse du PB à l'admission montre une tendance du personnel au CS/PS d'avoir une préférence pour les mesures à chaque 5 mm, à 120mm, 115mm, 110mm, 105mm, et 100mm. Ce phénomène de chiffre préférentiel, pourrait avoir un effet négatif sur la qualité des mesures anthropométriques dans les structures sanitaires.
- En général, dans les deux Moughattaas, la majorité des admissions ont les mesures de PB au delà de 115mm, avec un médian de 115mm et 120mm à Kiffa et Barkéol respectivement. Cela peut indiquer que la situation nutritionnel des enfants à risque de mortalité plus élevées est légèrement plus prononcé à Kiffa.
- Pendant les entretiens sur la qualité de la prise en charge, le sujet des admissions préférentielles par rapport de P/T, et non par rapport de PB, a été mentionné mais pas confirmés.



2.1.6. Durée de Séjour Moyen (DDS)

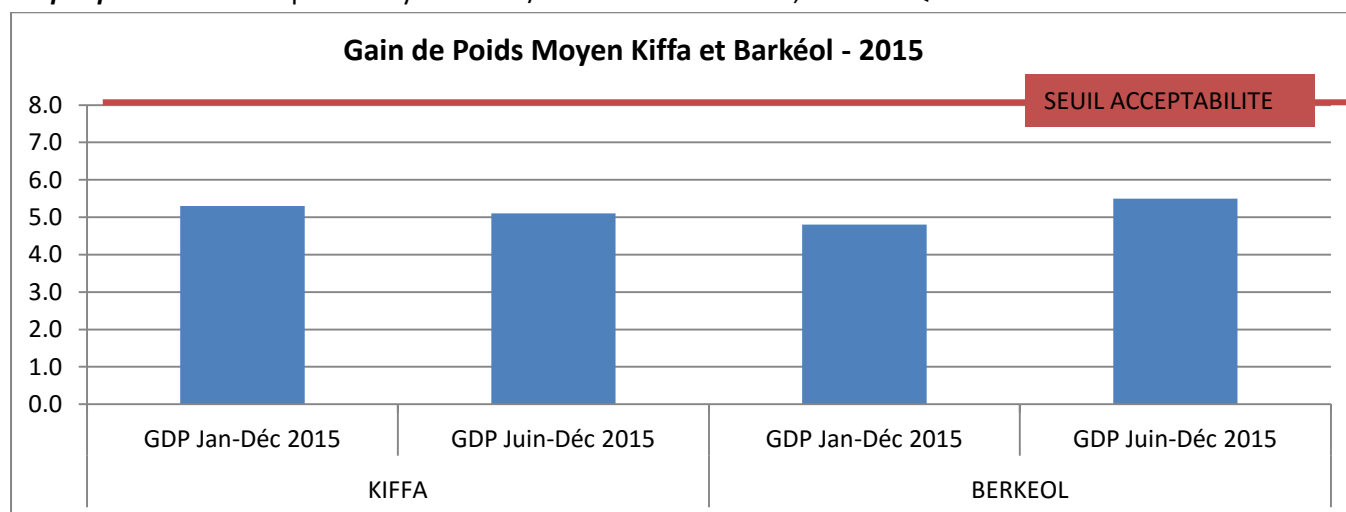
Graphique 16 : Durée de séjour moyen des CS/PS de Kiffa et Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- La durée de séjour a été analysée pour l'année complète et depuis juin 2015 (le début des interventions dans les CS/PS par TDH-IT) pour indiquer s'il y a eu un changement. Selon l'analyse il n'y a pas une différence entre ces deux temps de l'année, ni entre Kiffa et Barkéol.
- Le durée de séjour moyen pour Kiffa et Barkéol, en moyen de 6 semaines (42 jours), est toujours supérieur de seuil d'acceptabilité selon le protocole nationale de Mauritanie, indiquer à 4 semaines (28 jours), et se trouve supérieur du seuil alarmant à Barkéol et Kiffa, supérieur de 42 jours, depuis juin.

2.1.7. Gain de Poids Moyen (GDP)

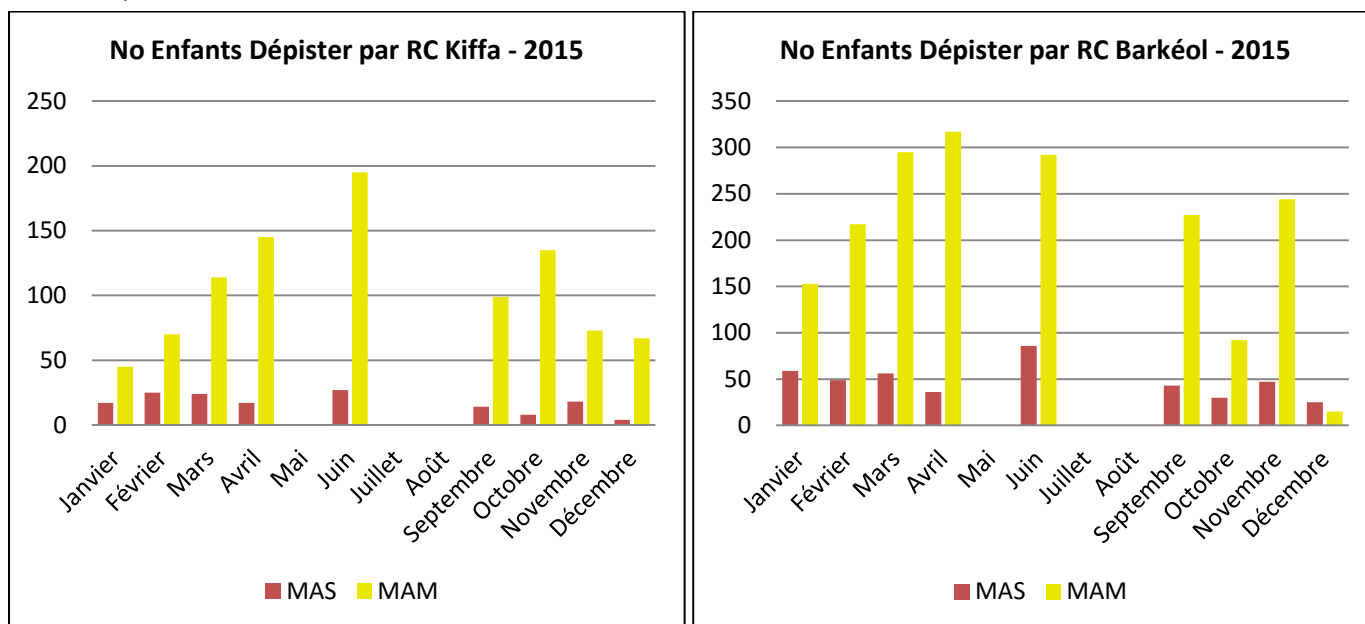
Graphique 17 : Gain de poids moyen des CS/PS de Kiffa et Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- Le gain de poids moyen pour Kiffa et Barkéol se trouve toujours inférieur de seuil d'acceptabilité selon le protocole nationale de Mauritanie (indiquer à 8,0g/kg/jour), avec un moyen de 5,2g/kg/jour pour Kiffa et Barkéol.
- L'impact d'une durée de séjour élevée (cf. section 2.1.6.) et le partage d'ATPE au ménage fais que le gain de poids moyens reste faible.

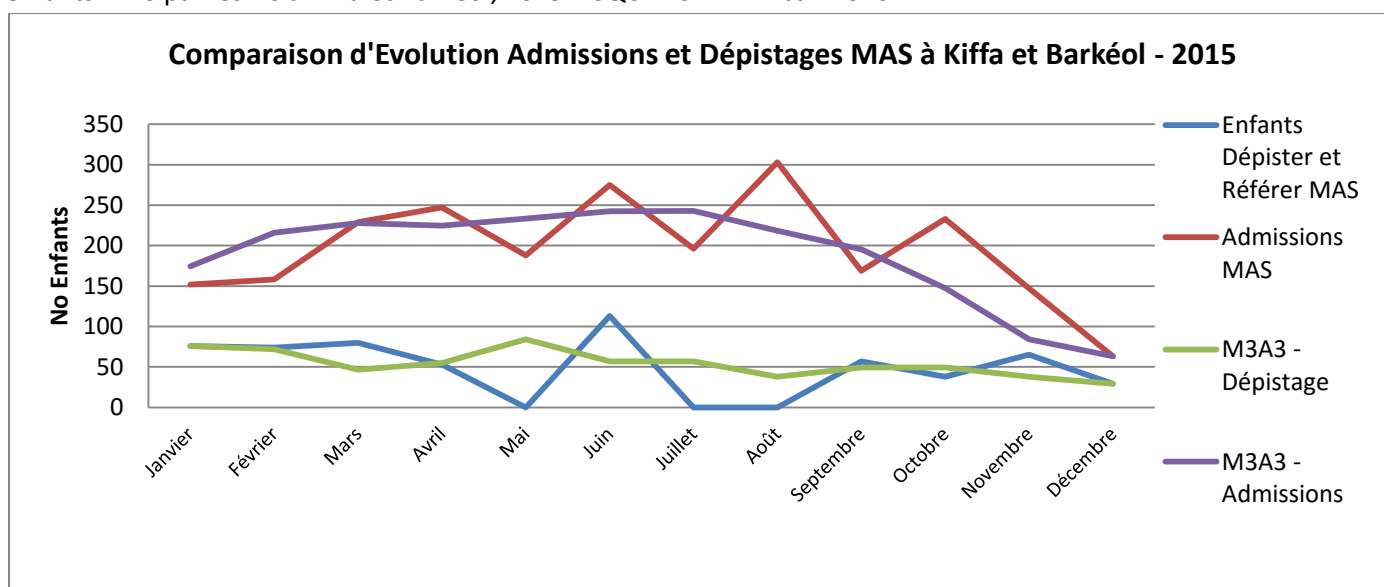
2.1.8. Volet Mobilisation Communautaire

Graphique 18 : Evolution de nombre d'enfants dépister par les relais communautaire par mois à Kiffa et Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- Il n'y a pas eu les dépistages par les RC pendant les mois de mai, juillet et août. Cela est dû au fait qu'originellement, le projet a prévu de faire les dépistages trimestriellement, mais cela a été modifié pour mieux répondre au besoins sur le terrain, et depuis septembre, les dépistages sont effectués chaque 2 mois, 1 mois dans zone A et 1 mois dans zone B.
- En général, le taux moyen de dépistage et référencement pour Kiffa et Barkéol est de 0,56% et 1,77% respectivement.

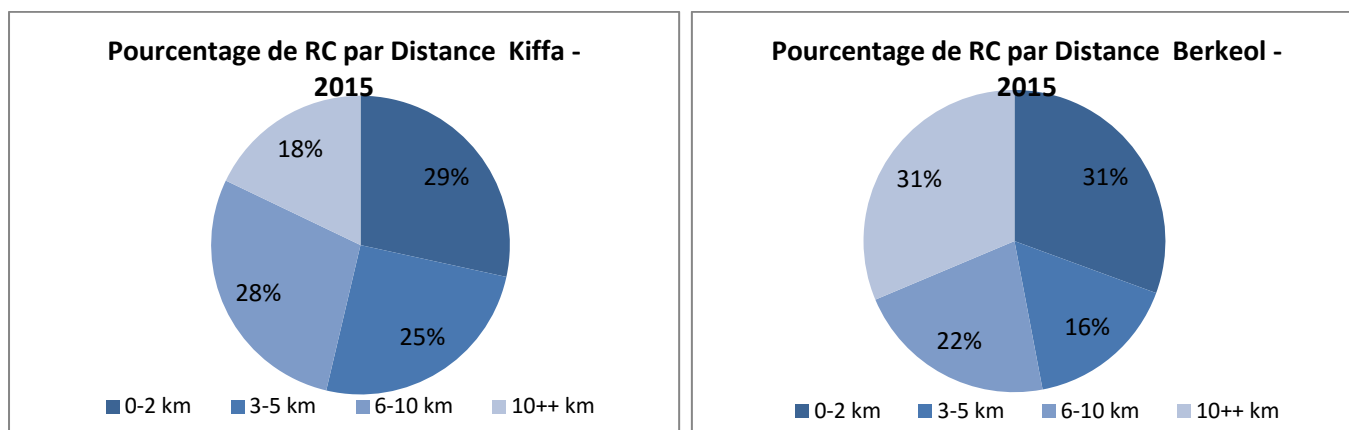
Graphique 19 : Comparaison d'évolution des admissions dans les CS/PS et les dépistages et référencements des enfants MAS par les RC à Kiffa et Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- Dans l'analyse des admissions MAS comparée avec les dépistages d'enfants MAS par les relais communautaire (RC), on voit qu'en général les courbes lissées se suivent.

- Pour les deux évolutions, une courbe lissée a été utilisé, pour montrer la tendance des courbes au cours de temps, qui montre que les dépistages et référencements effectués par les RC restent stables au cours de l'année, même pendant la diminution des admissions vers la fin de l'année.
- Cela peut indiquer un manque de compréhension des RC que les dépistages et référencements qui s'en sort pendant différents temps de l'année et peut augmenter le taux des mauvaises référencements des enfants MAS.
- La provenance réelle des enfants dans les CS/PS restent inconnu dû au fait qu'il n'y a pas un moyen ou marque d'indication de leurs provenances dans les registres et fiche de suivi des enfants admis au niveau des CS/PS.

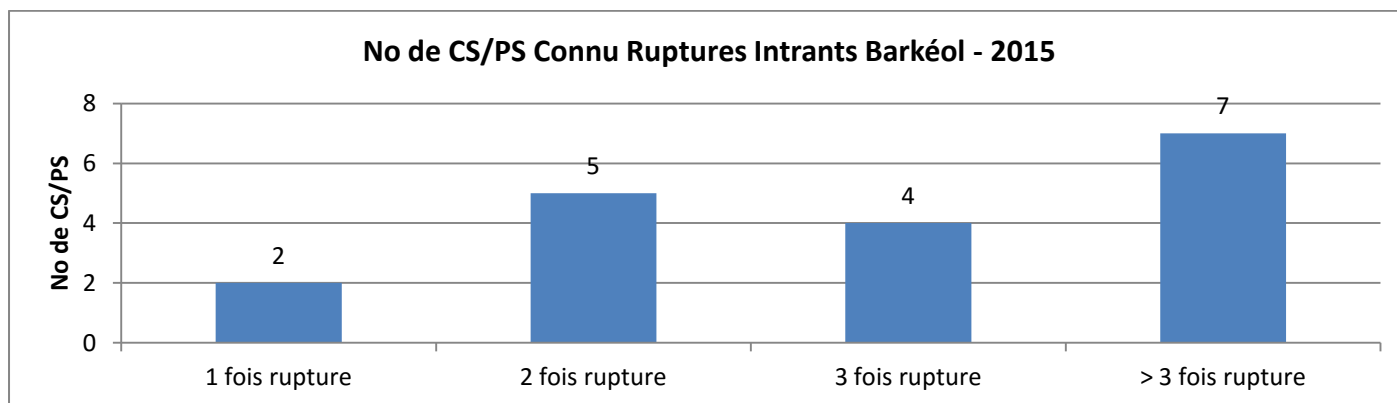
Graphique 20 : Pourcentage de RC par rayon d'action autour des CS/PS à Kiffa et Barkéol, 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



- Il y a un total de 235 RC formés et en place, appuyer par le programme de TDH-IT, avec 95 autour des CS/PS de Kiffa et 134 autour de Barkéol.
- Au-delà de 5km, il a un total de 46% et 53% RC à Kiffa et Barkéol respectivement. A Barkéol il y a 31% des RC au-delà de 10km, comparés avec Kiffa qui n'a que 18% de RC dans cette même tranche de distance. Cela peut indiquer que les grands distances sont plus importants à Barkéol comparer avec Kiffa.
- Il n'existe pas actuellement une liste des villages par CS/PS et leurs distances, alors il n'est pas possible de déterminer si la répartition des RC est pertinente en considérant le contexte de distance.

2.1.9. Ruptures des Intrants

Graphique 21 : Nombre et fréquence de CS/PS qui ont connu les ruptures des intrants à Barkéol, juillet à octobre 2015 – SQUEAC TDH-IT Jan 2016





- Il y a eu un total de 52 ruptures des intrants dans 18 CS/PS à Barkéol entre juillet et octobre 2015 à Barkéol. De ces 52 ruptures, il a eu plusieurs dans la même structure sanitaire.
- Il n'y a pas eu les ruptures connu à Kiffa.
- Il y a avait 7 CS/PS qui ont connu plus que 3 ruptures dans ces 4 mois de temps.
- Pendant le mois d'août, la majorité des CS/PS ont eu une rupture (n=17), ce qui explique par le début de la saison d'hivernage et les enclavements se produisent pendant ce temps, et bloquent les livraisons ponctuelles assuré par TDH-IT. Ce phénomène explique aussi, d'un parti, l'augmentation des abandons pendant ce temps de l'année.

2.2. ÉTAPE 1 – COLLECTE et ANALYSE des DONNEES QUALITATIVES

Après la collecte et analyse préliminaire des données quantitatives, effectués par la consultante et l'équipe SQUEAC de TDH-IT, 15 enquêteurs (3 femmes, 12 hommes)¹² pour la SQUEAC ont été formés sur les principes de collecte des données qualitatives (cf. section 1.7). Tous les participants, dont 15 enquêteurs, 3 superviseurs de TDH-IT ont eu une journée de formation sur les principes de collecte de données qualitatives, pour mener les groupes de discussions et les entretiens semi-structurés, et leurs observations sur le terrain. Des 15 enquêteurs totaux, 8 ont été sélectionnés, lesquels reparti 3 femmes et 5 hommes pour la collecte de données qualitatives, selon leurs expériences et capacités. Ils ont effectués leurs entretiens et discussions en deux, avec 3 groupes incluant une femme.

La collecte de données qualitatives inclut les personelles et communautés présenter dans tableau 1¹³ pour un total de 72 entretiens effectués.

Tableau 1 : Personnel et entretiens compléter pour l'investigation SQUEAC et étude communautaire (n=72) - SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Personnel	Type d'Entretien	Nombre d'Entretiens Compléter
ICP/Accoucheuses au CS/PS ou Bénévoles	Entretiens semi-structurée	7
	Discussion de groupe	1
Accompagnants avec enfants dans programme	Entretiens semi-structurée	13
	Discussion de groupe	1
Leader Communautaires	Entretiens semi-structurée	14
Personnel de DRAS	Entretiens semi-structurée	6
Relais communautaire	Entretiens semi-structurée	15
	Discussion de groupe	
ONG locales	Entretiens semi-structurée	1
	Discussion de groupe	1
Guérisseurs/Accoucheuses traditionnelles	Entretiens semi-structurée	2
Personnel du programme TDH-IT	Entretiens semi-structurée	2
	Discussion de groupe	
Mères ou Femmes de la communauté	Entretiens semi-structurée	6
	Discussion de groupe	2
Pères ou Hommes de la communauté	Entretiens semi-structurée	2
	Discussion de groupe	1

¹² Voir la liste des enquêteurs dans l'Annexe 1

¹³ Voir la grille d'entretien SQUEAC et Etude Communautaire dans l'Annexe 3

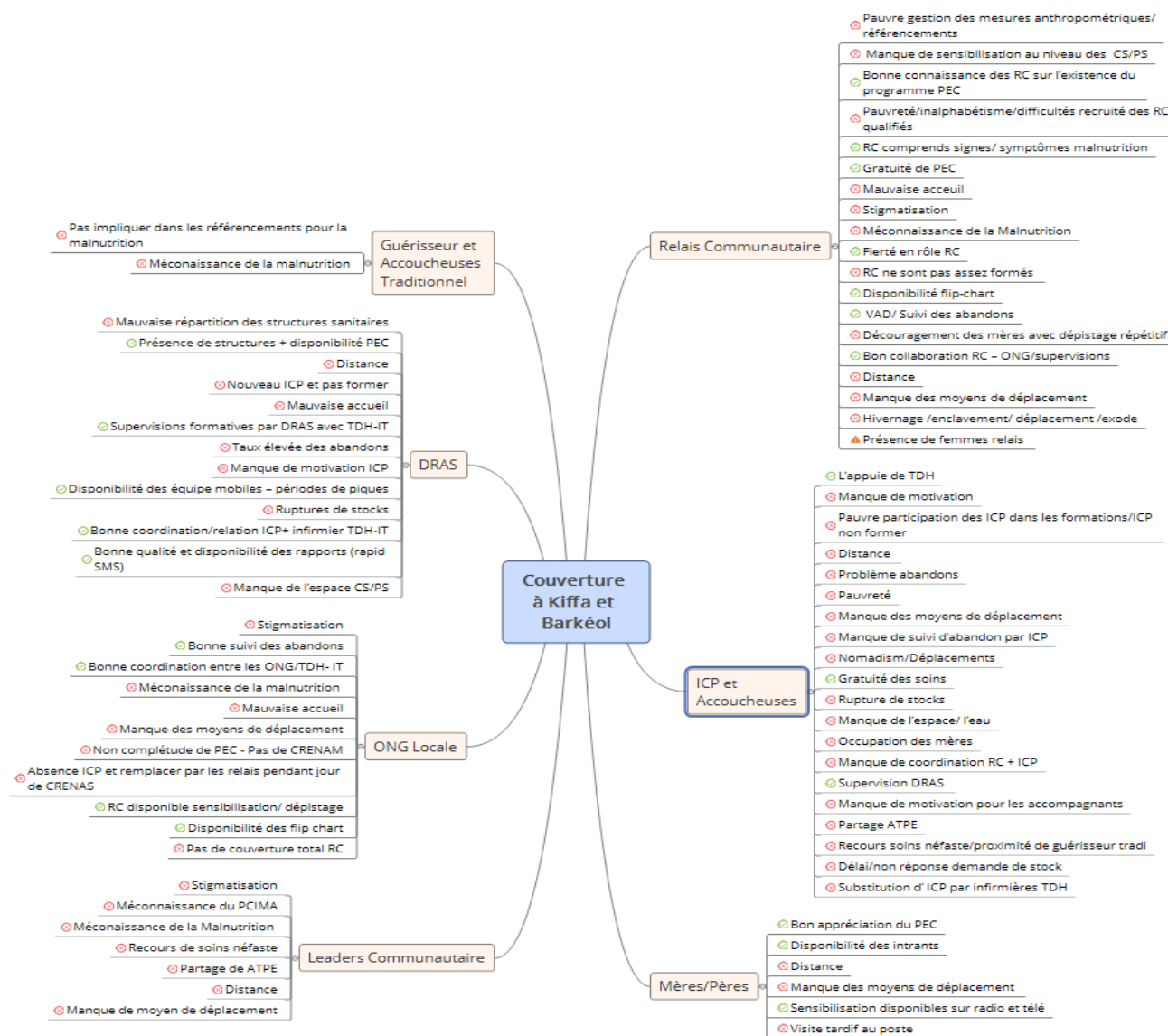


Les différentes personnes rencontrées et les différentes méthodes utilisées ont permis de collecter les informations concernant les barrières et les boosters relatifs à la PCIMA. Ces données ont été répertoriées de façon journalière avec l'équipe SQUEAC en utilisant l'outil BBQ: Barrières, Boosters and Questions. Cet outil permet non seulement d'organiser l'information jour à jour pour continuer avec la recherche de façon itérative et dirigée, mais aussi pour assurer la triangulation des informations. Afin d'assurer l'exhaustivité du processus, la recherche d'information a continué jusqu'à la saturation - jusqu'à ce que la même information revienne des différentes sources et par différentes méthodes. Le schéma 3 (cf. section 2.2.3.) montre la liste regroupée de principaux barrières et boosters identifiés à la fin de la collecte d'information qualitative.

2.2.1. Développement de liste des Barrières et Facilitateurs/Boosters

Au sein de l'étape 1, les entretiens et analyses des données quantitatives et qualitatives ont été analysés par l'équipe de SQUEAC

Schéma 3 : MindMap du développement des barrières et boosters/facilitateurs du SQUEAC – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



La liste des barrières et facilitateurs globales, comme présenter dans le MindMap, a été évalué par l'équipe SQUEAC pour identifier les barrières et facilitateurs actuelles qui ont été discuté et défini dans le tableau 2 suivant.



Tableau 2 : Description des barrières regrouper – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Barrière	Description
Distance, manque de moyen de déplacement – transport et financière, beaucoup d’enclavement	Dans le contexte de Kiffa et Barkéol, les grandes distances entre les villages et les CS/PS sont un obstacle pour l’accès au traitement, ainsi que la perception de la manque de goudron pour en avoir accès. Aussi, l’inaccessibilité physique dans certaines zones pendant la saison d’hivernage constitue aussi des barrières à utilisé les CS/PS.
Rupture intrants, délai de réponse des requêtes	Il y a eu plusieurs ruptures d’intrants, et plusieurs fois dans la même CS/PS, particulièrement à Barkéol pendant la saison d’hivernage, qui a eu un effet sur la couverture et la perception du programme PCIMA. Un autre aspect de cette problématique est le temps de délai de réponse entre les requêtes déposés des CS/PS et la réaction de la DRAS d’assurer la distribution des intrants.
Stigmatisation	Il y a une stigmatisation autour de la malnutrition pour différentes raisons: soit à cause de la honte pour n’avoir pas des moyens pour subvenir aux besoins de la famille (montre pauvreté); soit par honte d’avoir une maladie dans la famille. La croyance que la malnutrition est une maladie contagieuse ou que la malnutrition est une maladie causée par les grossesses ont été suggérés.
Méconnaissance de la malnutrition	La méconnaissance des causes et signes de la malnutrition a été constatée à travers des rencontres avec divers acteurs. Surtout les signes et symptômes ne pouvait pas être cités dans la communauté.
Manque d’appropriation/ intégration des ICP, mauvais accueil, revendication de motivation ICP, mauvaise qualité de rapport, manque de sensibilisation par les ICP, manque de formation, substitution par les infirmiers TDH-IT	Plusieurs problèmes avec les ICP s’en sortaient pendant l’investigation SQUEAC. Un problème principal est la mauvaise appropriation ou la perception d’intégration des ICP qui pensent que le programme PCIMA est une responsabilité en plus de leurs fonctions habituelles et qui mènent dans le problématique de mauvais accueil, ils revendiquent les motivations (argent) pour faire le travaille des CRENAS ou CRENI, ils ne sont pas intéressés d’assurer les séances de sensibilisations et ils laissent les infirmiers de TDH-IT pour substituer leur rôle dans les CS/PS les jours de CRENAS ou pour les enfants du CRENI. Le manque de formation pour les ICP sur place ou les nouveaux ICP qui viennent d’être affecter dans la zone qui n’ont pas profités d’une formation de base sont des facteurs qui ont également été ressortis.
Pas de traitement de MAM	Dans l’Assaba il n’y a pas les services dans le PCIMA pour les enfants MAM, les CRENAM. S’il existe ça ne fait pas parti de tous les CS/PS avec CRENAS, alors ça parait inexistant.
Découragement dépistage, manque de motivation mère, occupation des mères	Liée avec le fait qu’il n’existe pas les CRENAM pour les enfants MAM, et combiné avec les RC qui font les référencement des enfants MAM envers les CS/PS (sans ou avec les CRENAM), fait qu’il y a les mères qui ont la perception d’être découragés et qui se sentent rejeter auparavant dû au fait que leurs enfants ne sont pas admis dans les CRENAS. En plus, à cause de diverse responsabilités: travaux champêtres, surcharge familiale, voyages, devenir malade elle-même et/ou l’assistance aux évènements sociaux comme les funérailles qui ont une grande importance dans la communauté.
Mauvaise répartition CS/PS	Dans plusieurs discussions, le manque de structures sanitaires s’en sortait

	comme une problématique d'accès. Plusieurs CS/PS existent dans la même commune tant que d'autres communes n'ont qu'une PS. La tendance se parait aussi comme la majorité des CS/PS sont situés sur le seul piste goudronnée de la région et non disperser dans sur d'autres axes avec un besoin plus prononcé.
Itinéraires thérapeutiques	En général, les guérisseurs traditionnels et l'automédication constituent le premier recours aux soins avant d'aller au CS/PS.
Manque couverture global des RC	En total, il y a 235 RC (125 depuis 2014, 110 depuis fin 2015) appuyer par le programme TDH-IT, qui ne couvre que 50% des villages à Kiffa (203 villages, 101 RC) et 54% des villages à Barkéol (249 villages, 134 RC). Les travaux de dépistage et référencements bimensuel, les sensibilisations, et suivi des enfants (référencements et abandons) manquent dans la moitié de région couverts.
Méconnaissance PCIMA	Au travers des discussions avec plusieurs acteurs, la méconnaissance du PCIMA sortait comme un problème, surtout comme il y avait les mères et les villages complets qui n'ont jamais entendu parler de ce service.
Partage ATPE	Le partage d'ATPE au niveau du ménage sortait comme un problème dans plusieurs entretiens, et se montre avec un faible gain de poids.
Taux d'abandon élevé	Le problème des abandons est clair dans l'analyse des données et pendant les entretiens. Les piques des abandons correspondent à la saison d'hivernage (saison des pluies), qui coïncide avec les plus grands déplacements des populations – des transhumants et nomades. Il y a aussi les déplacements appelé 'l'exode' des citoyens vers la capitale, Nouakchott, pendant la saison chaude.
Manque d'espace/eau au CRENAS	Dans les observations et entretiens avec le personnel des CS/PS et la communauté, le manque d'espace pour gérer les activités pendant les jours de CRENAS et le manque d'eau général s'appariaient comme les problématiques qui ont une influence sur l'accès et la qualité de service.
Difficulté recrutement RC qualité, manque de formation RC	En général, la présence des RC formés est considérée comme un bienfait pour le programme, sauf qu'il y a certains RC, surtout les RC nouvellement identifiés à la fin de 2015 qui ne sont pas officiellement former, alors leurs qualités de dépistage se mets en question. En plus, il y a certains RC qui ne remplissent pas les critères minimums d'alphabétisme pour avoir les RC de bonne qualité.

Tableau 3 : Liste thématique des barrières et boosters/facilitateurs développer des informations quantitatives et qualitatives d'étape 1 - SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Thème	Barrières	Facilitateurs
Géographique	- Distance - Enclavements - Mauvaise répartition des CS/PS - Manque de couverture globale des RC	Appuie de TdH-IT pour effectuer les livraisons
Temporal	Abandons élevées	
Socio-culturel	- Stigmatisation - Méconnaissance de la malnutrition - Recours de soins néfastes - Méconnaissance de la PCIMA - Partage ATPE	Bonne appréciation de la prise en charge par la communauté



	- Découragement des mères par dépistage répétitives - Occupation des mères	
Financière	Manque de moyen – finance et transport	Gratuité de la prise en charge
Qualité de Programme	- Rupture d'intrants - Délai de répondre au requêtes intrants - Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP - Mauvaise accueil - Pauvre qualité de rapport - Manque de formation ICP - Manque de sensibilisation par les ICP - Substitution des ICP par les infirmiers de TdH-IT - Pas de traitement MAM - Absence des ICP - Manque d'espace/eau au CRENAS - Difficulté de recruter les RC de qualité	- Présence des RC/fierté dans le travail - Disponibilité des outils de travail pour RC – Flip-Charts - Bonne coordination de TdH-I avec les ONG locales dans la gestion des RC - Formation et supervision disponibles pour les ICP

2.2.2. Etude Communautaire

En lien avec l'investigation SQUEAC, une étude communautaire a été planifiée pour compléter les informations collectées pendant l'investigation. La collecte d'informations qualitatives pour l'étude communautaire a été réalisée dans un total de 46 villages repartis dans tout l'espace géographique de Kiffa et Barkéol, pour un total de 68 entretiens compléter et analyser. Voir annexe 3 pour la grille d'entretiens complètent.

Des guides d'entretien ont été utilisés afin d'orienter l'obtention d'information sur la SQUEAC et les caractéristiques communautaire. Ces guides d'entretien ont été développés à partir des guides déjà utilisées dans d'autres investigations SQUEAC et études communautaires mais ont été adaptés au contexte et modifiés/améliorés pour l'équipe d'investigation¹⁴.

Les thèmes explorés au sein de l'étude communautaire (avec astres), compléter avec les thèmes déjà inclus dans l'investigation SQUEAC sont présenter ci-dessous :

- Compréhension de la malnutrition et connaissances des signes de malnutrition
- Termes utilisés pour décrire la malnutrition **
- Comportement de recours aux soins et comportements socioculturelle **
- Connaissance de l'existence du traitement
- Appréciation du service et qualité de la prise en charge
- Activité des relais communautaires
- Barrières à l'accessibilité
- Raisons d'abandons
- Ruptures de stock
- Qui prends les décisions – soins et autres **
- Moyens de communication communautaire **
- Activités quotidienne communautaire **

¹⁴ Voir les guides entretiens utiliser pour l'étude communautaire dans l'Annexe 4



2.2.3. Résumé de l'Etude Communautaire

Les résultats des entretiens et l'analyse de l'étude communautaire (voir annexe 5 pour l'étude complète) sont présentés dans le tableau 4, avec un résumé de chaque section de l'étude inclus.

Tableau 4 : Résumé de l'étude communautaire des résultats à Kiffa et Barkéol - SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Sujet d'Entretien	Résumé de l'Etude Communautaire
Géographie	La Wilaya de l'Assaba compte 325 897 habitants sédentaires en 2013 ¹⁵ , soit environ 9,2% de la population mauritanienne. Administrativement, la Wilaya est découpée en cinq Moughataas (départements) avec un total de 26 communes total avec 6 et 8 dans les Moughattaas de Kiffa et Barkéol respectivement.
Profil démographique	La culture mauritanienne, de par la position géographique de la Mauritanie, est un mélange de culture maure (arabo-berbère) et peuhls (noire-africaine). La langue officielle est l'arabe, avec les langues parlées du hassaniyya (dialecte arabe) le pulaar, le soninké, le wolof et le bambara.
Affiliation religieuse	L'impact de l'affiliation religieuse sur le comportement des fidèles en lien avec la malnutrition et/ou son itinéraire thérapeutique n'a pas été confirmé, dans les entretiens ; mais il existe un lien entre le choix de recours au soin liée avec la religion, par Marabout ou directe vers le structure sanitaire. Aucune personne interrogée n'a évoqué les approches diverses en fonction de la religion pratiquée directement, mais le fait que c'est un état islamique (République Islamique de Mauritanie) et les pratiques culturellement acceptés font qu'il y a les approches de soins accepter dans la région.
Statu socioéconomique	Le niveau d'instruction de la population est généralement très bas avec un pourcentage d'analphabètes légèrement plus faible chez les filles/femmes par rapport aux hommes (35% et 57% respectivement). Les principales sources de revenu de la population dans les villages sont l'agriculture, l'élevage, et/ou le petit commerce. En même temps, il y a un grand nombre d'hommes de la région qui vont ailleurs, hors de la région ou hors du pays, pour les travaux. Les défis majeurs des communautés de Kiffa et Barkéol, comme soulevés par les personnes interrogées, se concentrent autour de la pauvreté, l'absence des hommes qui font les travaux ailleurs, un mauvais réseau de communications, l'analphabétisme et le manque d'eau potable.
Pratiques et tabous alimentaires	Les ménages mangent trois à quatre repas par jour. Les repas sont répartis entre les membres de la famille de façon et de quantité variée mais la ségrégation par genre est strictement observée. La majorité des répondants a indiqué que tout le monde peut manger tout, il n'y a pas de restrictions alimentaires. En général, les informateurs clés n'ont pas indiqué de grandes restrictions pour les enfants, mais il y a des pratiques pendant que l'enfant est malade.
Organisation sociale et acteurs	Sur le plan sanitaire , un Directeur Régionale de l'Action Santé (DRAS) est à la tête de la région Sanitaire avec un Médecin Chef à la tête du département sanitaire et préside l'équipe de DRAS. Il supervise toutes les structures sanitaires sur l'ensemble du département à travers les

² Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013)



communautaires	Infirmiers Chefs de Poste (ICP) qui assurent le fonctionnement des structures sanitaires dans chaque aire de santé. Les ICP sont sensé être assistés par les COGES, Comités de Gestion de Santé, mais ces comités sont généralement considérés comme non fonctionnels. Par contre, les ICP sont actuellement appuyés/assistés par les agents de santé à base communautaire, les relais communautaires (RC), qui relient les communautés et les structures sanitaires. Au niveau du ménage, la majorité des répondants (femme et homme) ont indiqués que les décisions sont prises soit conjointement, homme et femme (père et mère) ou soit uniquement par la femme, surtout si l'homme n'est pas présent ou absent pour les travaux ailleurs.
Canaux de communication	En ce qui concerne le programme PCIMA, les canaux de communication utilisés pour la sensibilisation de la population sur ses aspects clés sont assez limités. La diffusion de messages se passe au niveau des ménages où les relais communautaires effectuent le dépistage des enfants de moins de cinq ans ou pendant les événements, comme les mariages ou baptêmes.
Compréhension de la malnutrition	Les personnes interrogées se sont référés à la malnutrition en utilisant vingt termes locaux, dont 'souetaghdyhi' (malnutrition), le plus couramment utilisé, fait référence au terme en hassanya de la malnutrition. L'autre terme bien utilisé est le 'sidwe' qui se traduit comme « enfant qui mange du sable », qui est classifié comme les enfants avec un ventre ballonné. La reconnaissance de la malnutrition est relativement faible. De ceux qui connaissaient la malnutrition, il y avait une majorité qui l'a considérée comme une maladie comme les autres, avec quelques unes qui pensaient que c'est une maladie plus grave. La compréhension des causes, signes et symptômes au niveau communautaire est très pauvre ; surtout la compréhension des causes. En général, la pauvreté est la cause la plus citée parmi la liste des causes de malnutrition, et associe un manque de ressources financières avec un manque de nourriture dans le foyer, une mauvaise alimentation (manque d'aliments de qualité) ou encore la monotonie alimentaire (faible diversification alimentaire). La majorité des répondants ont indiqué que la stigmatisation ne pose pas de problème dans la communauté pour la malnutrition, car que la maladie est vue comme les autres, et n'est pas perçue comme contagieuse, mais il y a quand même une stigmatisation qui existe qui a été citée par les répondants. Les raisons pour la malnutrition les plus citées sont la mauvaise alimentation, faiblesse/fatigue de l'enfant, la malnutrition et les œdèmes. C'est clair que certains enquêteurs et répondants (10 des 48 répondants) n'ont pas distinguées dans leurs réponses de la question et ont indiqués que la malnutrition a causé ou est un symptôme de la malnutrition. L'utilisation de PlumpyNut® (les sachets ou le chocolat), en tant que traitement moderne de la malnutrition, est bien acceptée. Cela est confirmé par l'attitude des répondants pendant le SQUEAC qu'ils ont amené leurs enfants au programme pour en avoir accès au PlumpyNut®. La voix de la communauté n'était pas particulièrement claire en ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques. La majorité ont cité des itinéraires thérapeutiques mixtes, incluant les soins traditionnels et le recours aux soins pour les enfants dans les PS. Une partie des répondants a signalé qu'en cas de maladie, les tradipraticiens sont consultés d'abord et le centre de santé



	suit seulement si le premier recours échoue.
Perception du programme PCIMA	Le programme ou 'service' pour la malnutrition au niveau des PS est généralement connu et estimé très favorablement par les accompagnants MAS aussi bien que par les autres informateurs clés. De ceux qui connaissent le programme, ils apprécient son efficacité et le rétablissement rapide des enfants. La majorité des répondants ont indiqué que le traitement est bon, apprécie et satisfaisant. Par contre, la population ne comprend pas que le traitement et les admissions ne sont pas pour tous les enfants référés, ce qui fait qu'il y a souvent des mères découragées par les dépistages et référencement répétitifs, sans jamais être admis. Cela s'explique d'un parti par le fait qu'il n'y a pas, ou très peu, de CRENAM (pour les enfants MAM), alors que tous les enfants MAM et MAS sont référés vers les CRENAS.
Barrières et Boosters du SQUEAC	Les points positifs du programme incluent la gratuité des soins, la disponibilité des intrants, un bon accueil, et les sensibilisations. Malgré ces points positifs, ni la sensibilisation, ni les dépistages, ne sont systématiques et régulières dans tous les centres de santé concernés. Certaines structures sanitaires ont été aussi épinglées pour leur mauvais accueil, le dépistage non-intégré à la consultation médicale (dépistage systématique), la mauvaise prise des mesures anthropométriques, et la manque d'implication des ICP les jours de CRENAS. Les insuffisances dans la qualité du service PCIMA a été régulièrement juxtaposée avec la démotivation du personnel soignant dû à l'insuffisance d'une enveloppe de soutien. Les raisons d'abandons sont provoquées principalement par les barrières géographiques, telles que la mauvaise accessibilité dans la zone pendant la saison d'hivernage (la saison pluvieuse) et/ou le coût de transport élevé.
Mobilisation communautaire	Les moughataas de Kiffa et Barkéol disposent d'un réseau de relais communautaires (RC) en partenariat avec cinq ONG locales dans la mise en place et supervision des RC ; qui couvre, 101 et 134 RC dans les villages de Kiffa et Barkéol respectivement. L'implication des RC dépend de leur motivation (financière, matérielle ou autre) aussi que de la supervision des ONG locales, qui sont responsable pour leur développement en lien avec TDH-IT. En général, les RC se sentent très fiers de leur rôle, affirmant qu'ils se sentent contents dans les travaux et suffisamment appuyés par les supervisions. La régularité et la systématisation du dépistage dépendent fortement des supervisions effectuées par les ONG locales avec les RC pour assurer la planification des dépistages et la collecte des données. Les dépistages sont effectués chaque 2 mois, assurant une commutation entre zone A et zone B chaque fois. En même temps, les rejets des enfants référés MAM sont fréquents, car ils ne sont pas pris en charge par le programme PCIMA – il n'y a pas de CRENAM. Ceci n'exclut pas leur inscription lors d'une détérioration de l'état de l'enfant, et sujet au fait que l'accompagnant comprenne le fonctionnement du programme et ne se sente pas découragé par le rejet précédent. Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'acteur principal de la

sensibilisation à Kiffa et Barkéol. Le réseau n'est soutenu que légèrement par le personnel soignant (ICP et bénévoles) ainsi que divers acteurs communautaires qui assistent aux activités selon leur disponibilité et conviction.

Les cibles des séances de sensibilisation sont les femmes enceintes/allaitantes et/ou les femmes en général en tant que nourrices des enfants. Vu leur rôle et pouvoir décisionnel les hommes pourraient être aussi invités mais leur présence n'est pas si fréquente. En même temps, les RC sont majoritairement les femmes (98%) – ce qui pourrait rendre difficile la communication entre les deux types d'interlocuteurs. Les tradipraticiens ne sont pas également ciblés.

Les thèmes cités couvrent la vaccination, la malnutrition, eau, assainissement et hygiène ainsi que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

2.3. ÉTAPE 2 – DEVELOPPEMENT DES HYPOTHESES et ENQUÊTE SUR PETITES ZONES

Lorsqu'elles sont combinées, les données collectées à partir des sources qualitatives et des données de routine d'un programme fournissent des renseignements qui permettent de savoir **où la couverture sera probablement satisfaisante et où elle ne le sera probablement pas**, ainsi que des informations sur les barrières éventuelles à l'accès aux services et à la participation dans un programme.

Ces informations sont prises en compte ou énoncées sous forme d'un ensemble d'hypothèses qui peuvent être testées. La méthode SQUEAC utilise des petites études, des petites enquêtes et des enquêtes sur petites zones pour vérifier ces hypothèses.

2.3.1. Les Hypothèses

Au regard des différentes informations quantitatives et qualitatives analysées au cours de l'étape 1, il a été choisi de tester les hypothèses suivantes concernant les zones de couverture potentiellement élevée et les zones de couverture potentiellement faible:

La couverture est **probablement plus élevée** dans les zones avec peu de cas abandons, dans les zones de peu distance des CS/PS, et ont un RC présente.

La couverture est **probablement plus faible** dans les zones avec un taux d'abandons élevées, dans les zones plus éloignée (ex. > 10km), et n'ont pas un RC présente.

A Kiffa et Barkéol, un total de 20 villages ont été sélectionnés pour tester l'hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée sur la base des critères présentés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Liste des villages visités pour tester les hypothèses de couverture - SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Villages visités avec couverture probablement élevée		Villages visités avec couverture probablement faible	
Guidimballa 3	PK 1	Gatawaty	Mageleila
Galoulé 1	PK 2	Helyayah	Dakleta Dembe
Galoulé 2	Hay Saada	BedLahmar 1	Hel Bouseyfe
Elzaatar	Teissan	Hel Bayde	Lekeize
Tevrage Zeina	Chiva	Debay Deybin	Mekanet



NB : 20 villages ont été sélectionnés pour augmenter la chance où les enquêteurs puissent trouver les cas de MAS à Kiffa et Barkéol, dû au fait que la prévalence actuelle a été très faible.

2.3.2. Résultats Enquête sur Petites Zones

Par faute de la faible prévalence/incidence des cas de MAS pendant l'investigation SQUEAC, les hypothèses développés pendant l'étape 2 n'ont pas pu être confirmés ou validés. Malgré les efforts pour assurer que les enfants se trouvent dans la sélection de 20 villages, les enquêteurs n'ont trouvés que 1 cas de MAS non-couverts dans un seul village. Dans ce cas, le calcul d'étape 2 n'est pas possible.

2.3.3. Développement de Probabilité à Priori

La probabilité « a priori » est la formulation d'une appréciation de la couverture. Dans cette investigation, la probabilité à Priori a été développée sur la base d'une représentation statistique du niveau de couverture obtenue sur la base des conclusions des étapes précédentes que l'équipe d'investigation a pu développer. La théorie Bayésienne des probabilités nous permet de traduire numériquement (sous forme de pourcentage) toutes les connaissances et les informations sur la couverture.

Dans cette investigation, la probabilité à priori se construit donc à partir d'une pondération des barrières et boosters/facilitateurs en fonction de leurs poids présumés sur la couverture. Le processus de pondération était participatif. Une pondération de 1 à 5 (1 minimum à 5 maximum) a ainsi été attribuée à chaque barrière/booster. La somme des points correspondant aux boosters a été additionnée à la couverture minimale (0%), et la somme des points correspondant aux barrières a été soustraite de la couverture maximale (100%).

Les informations des barrières et boosters, ont été regroupés dans un travail d'équipe pour fournir une liste des facteurs ayant un effet négative ou positive sur la couverture. Présenter dans le tableau 6 suivant, avec les sources et méthodes de triangulation spécifier dans le tableau 6.

Tableau 6 : Légende pour la pondération des facteurs positifs et négatifs ayant un effet sur la couverture – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Sources		Méthodes	
1	ICP/Accoucheuses au CS/PS ou Bénévoles	A	Entretiens semi-structurée
2	Accompagnants avec enfants dans programme	B	Discussion de groupe
3	Leader Communautaires	C	Analyse SWOT
4	Personnel de DRAS	D	Entretien structuré
5	Relais communautaire	E	Analyse données de routine
6	ONG locales	F	Observations
7	Guérisseurs/Accoucheuses traditionnelles		
8	Personnel du programme TDH-IT		
9	Mères ou Femmes de la communauté		
10	Pères ou Hommes de la communauté		

Tableau 7 : Liste des barrières et boosters/facilitateurs utilisés pour informer la probabilité à priori avec triangulation et pondération – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Boosters	Triangulation		Pondération		Barrières	Triangulation		Pondération	
	Source	Méthode	Simple	Pondérée (KIF/BRK)		Source	Méthode	Simple	Pondérée (KIF/BRK)



Appui de TDH-IT pour assurer les livraisons des intrants	1, 4 A, B	5	3 / 3	Distance et manque de moyen de déplacement (transport et financier) et les enclavements	5, 6, 8, 4 A, B, C, F	5	3 / 4
Présence RC, fierté, suivi des abandons, sensibilisation, disponibilité des outils de travail (ex. des flip-charts)	5, 6, 8, 4 A, B, C, F	5	3 / 3	Manque d'appropriation/ intégration des ICP, mauvais accueil, revendication de motivation des ICP, disponibilité et pauvre qualité des rapports, manque de sensibilisation ICP, manque de formation, substitution infirmiers TDH-IT	1, 3, 4, 5, 6, 8 A, B, C, D, F	5	4 / 4
Bonne coordination entre TDH-IT et les ONG de supervision des RC	6, 8, 4 A, C, D	5	2 / 2	Découragement dépistage, manque de motivation des mères, occupation des mères	5, 6, 8, 4 A, B, C, F	5	3 / 3
Formation et supervision formative pour les ICP	6, 8, 4 A, C, D	5	3 / 3	Difficulté recrutement RC qualité, manque de formation RC	5, 6, 8, 4 A, B, C, E	5	3 / 3
Bonne appréciation PEC	2, 1, 5, 8, 6 – A, B, C	5	3 / 3	Rupture intrants / délai de réponse	1, 4 A, B, E	5	2 / 3
Gratuité PEC	1, 2, 4, 5 A, C, D	5	4 / 4	Pas de traitement de MAM	4, 5, 8 A, B, C	5	4 / 4
				Absence ICP/ Nouveaux affectation ICP	1, 5, 4 1, B, E	5	3 / 3
				Mauvaise répartition PS/CS	1, 5, 4 A, B	5	2 / 2
				Itinéraires thérapeutiques	3, 7, 9, 10 A, B	5	2 / 2
				Manque couverture global RC	1, 4, 6, 8 A, B, C	5	3 / 3
				Méconnaissance de la PCIMA	1, 3, 7, 8, 9, 10 A, B, C	5	2 / 2
				Partage ATPE	1, 5, 4 A, B, E	5	2 / 2
				Taux d'abandon élevé	1, 5, 6, 8, 4 A, C, D	5	2 / 2
				Manque d'espace CRENAS/ Eau	1, 4, 5, 8, 9, 10 A, B, C, F	5	1 / 2
				Méconnaissance de malnutrition	1, 3, 7, 8, 9, 10 A, B, C	5	2 / 2
				Stigmatisation	1, 5, 4 A, B	5	1 / 1
TOTAL BOOSTERS		30	18/18	TOTAL BARRIERES		80	39/42
Calcul pondération simple = 0 + 30 = 30 Calcul pondération pondérée = 0 + 18 = 18				Calcul pondération simple = 100 – 80 = 20 Calcul pondération pondérée = 100 – 42 = 58			

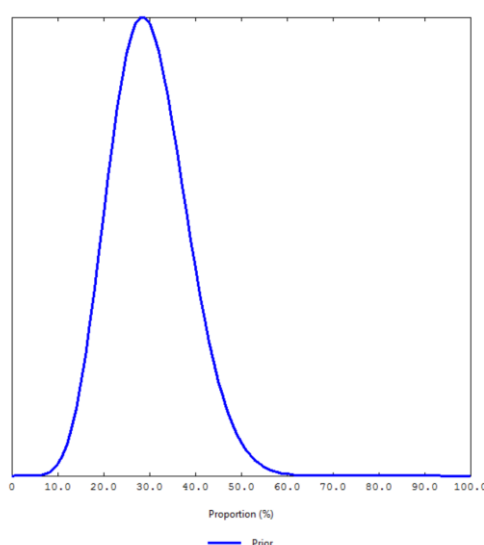
Calcul de moyen 'pondération simple' = $(30+20)/2 = 25\%$

Calcul de moyen 'pondération pondérée' = $(18+58)/2 = 38\%$ **PROBABILITE A PRIORI = $(25+38)/2 = 31,5\%$**

Pour trouver la probabilité « à priori » de la couverture les résultats des 2 modes de pondération, simple et pondérée ont été additionnés. Et la moyenne a donné la couverture « à priori » pour cette évaluation SQUEAC. La probabilité « à priori » ainsi produite est ensuite traduite sous forme de courbe à l'aide de logiciel Calculatrice de Bayes¹⁶.

Selon les objectifs de SQUEAC, il était planifié de compléter étape 3, estimation de couverture, pour les deux moughattaa Kiffa et Barkéol. Pendant l'investigation, précisément étape 2, on a constaté que la couverture sera trop difficile, et trop coûteux, pour trouver une couverture due au fait que la prévalence/incidence des cas de MAS est trop faible pendant ce temps de l'année. Alors, la décision d'annuler l'estimation de couverture à Kiffa a été prise.

Schéma 4 : Résultats de probabilité de priori de la calculatrice Bayes de Barkéol – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



2.4. ÉTAPE 3 – ESTIMATION DE LA COUVERTURE

Il a été décidé pendant l'investigation SQUEAC d'annuler la collecte de données pour une estimation dans le Moughataa de Kiffa, pour la raison de prévalence d'enfants MAS très faible – supposer d'être inférieurs à 0,3% pendant ce temps de l'année. Alors, l'investigation continuait avec l'estimation uniquement dans le Moughataa de Barkéol.

2.4.1. Echantillon d'Enquête sur Grands Zone

La taille de l'échantillon souhaitable a été calculée ainsi que le nombre de villages à visiter. La taille de l'échantillon est estimée à 28 enfants et résultat de l'utilisation de la Calculatrice de Bayes.

Le nombre de village est 55 en application de la formule décrite dans la méthodologie SQUEAC.

- La population moyenne dans les villages est de : 350
- La prévalence selon le P/T de SMART et estimation depuis dernière dépistage des RC à Barkeol : 1,4%
- La population de 6 a 59 mois estimée: 17,4%

¹⁶ Disponible dans l'URL : <http://www.brixtonhealth.com/bayessqueac.html> (visité en décembre 2015)

2.4.2. Résultats d'Enquête sur Grandes Zone

Les équipes des enquêteurs ont complétés la collecte de données sur les 55 villages à Barkéol entre le 24 et 28 janvier, et ont été suivi par l'équipe SQUEAC. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Les résultats de 55 villages enquêtés pendant étape 3 à Barkéol – SQUEAC TDH-IT Jan 2016

Résultats Enquête Grands Zones	
Cas de MAS Couverts	4
Cas de MAS Non Couverts	4
Cas en Voie de Guérison	19
Cas en Voie de Guérison non-couverts ¹⁷	5
TOTAL	27 (8 cas de MAS)

Il a été décidé d'utiliser le calcul d'estimation en utilisant *l'estimation de couverture unique*¹⁸ qui a été validé par le CMN en 2015. Ce calcul permet de capter les enfants qui sont en voie de guérison couverts et utilise un calcul pour déterminer les enfants qui sont en voie de guérison non-couverts, qui assure une estimation non-biaisé sur le programme, en utilisant le calcul suivant :

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

C_{in} = cas de MAS couverts

C_{out} = cas de MAS non-couverts

R_{in} = Enfants en voie de guérison couverts

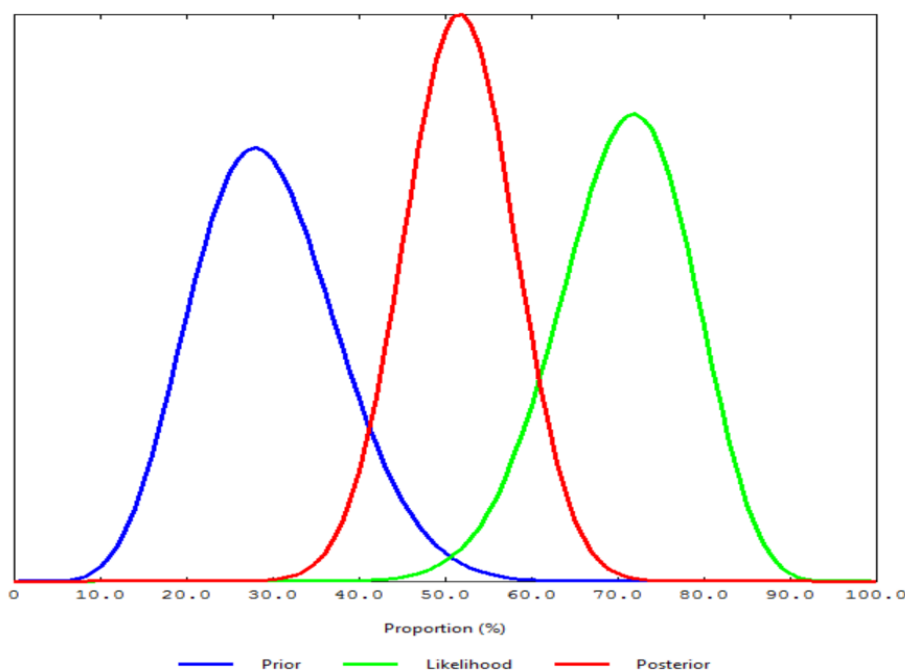
R_{out} = Enfants en voie de guérison non couverts (calculé après l'étape 3)

La taille de l'échantillon qui est de 26 cas MAS, a été atteinte. Les résultats de numérateur, des enfants couverts (n=23) et du dénominateur, total des enfants couverts et non-couverts (n=32), ont été ensuite utilisés dans la calculatrice Bayes pour vérifier la validité des résultats, présenté dans le schéma 5.

¹⁷ Estimation de couverture unique utilise les cas en voie de guérison non-couverts, selon le calcul de Mars 2015, SLEAC et SQUEAC, Field Exchange Report, Emergency Nutrition Network, Issue 49, Mars 2015

¹⁸ Estimation de couverture unique est le calcul de couverture utilisé dès Mars 2015, SLEAC et SQUEAC, Field Exchange Report, Emergency Nutrition Network, Issue 49, Mars 2015

Schéma 5 : Résultats l'estimation de couverture de la calculatrice Bayes, résultats de Barkéol – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Prior α	8.6
Prior β	20.6
Precision %	12
Suggested sample size : 28	
☒ Use survey data	
Denominator	32
Numerator	23
Estimate 51.7% (39.2% - 64.0%)	
z-test z = -3.37, p = 0.0008	
Reset	
Save Plot	

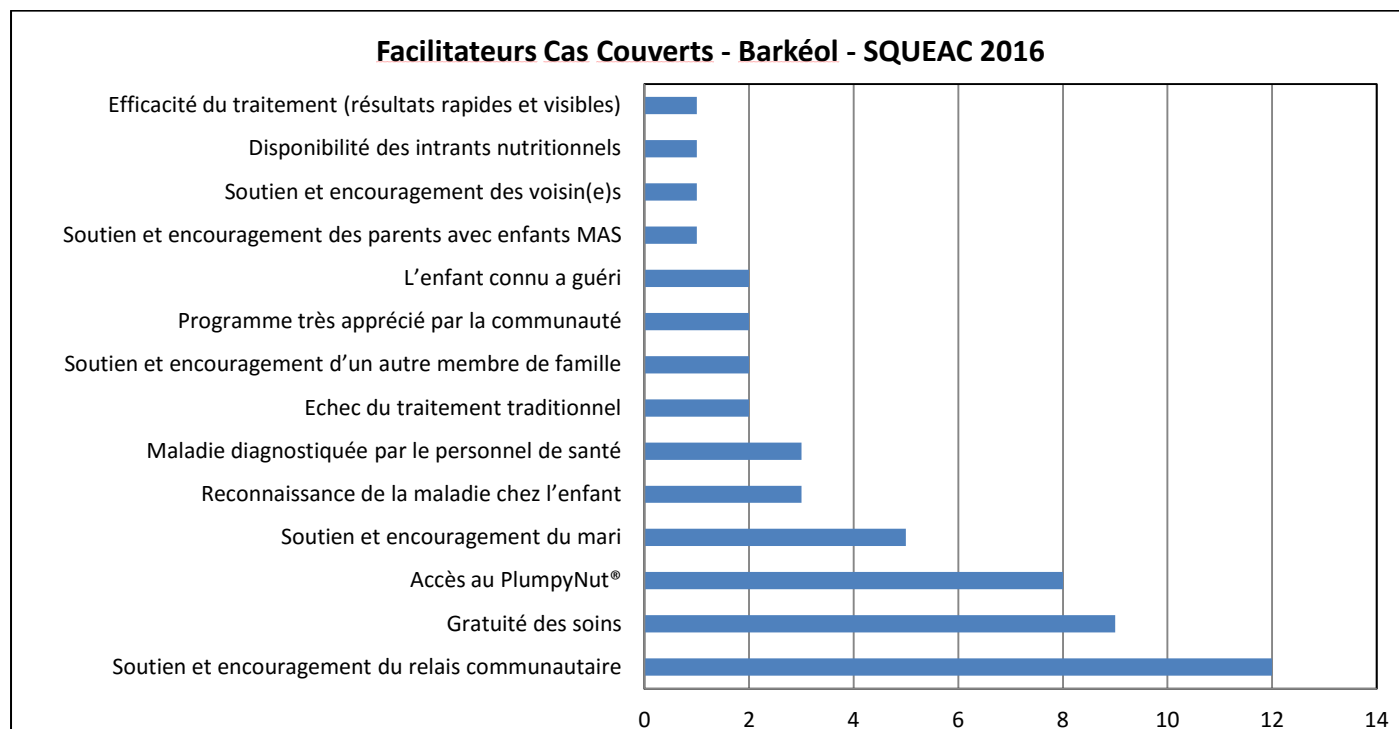
Malheureusement, les résultats atteints pendant l'étape 3 ne sont pas très utiles dû au fait qu'il y a une variation significative entre la probabilité à priori et l'évidence vraisemblable. Alors, la décision a été prise de ne pas présenter les résultats d'estimation, justifier selon les raisons citées ci-dessous :

- Il y a très peu de chevauchement entre les courbes de priori et vraisemblable, qui montre qu'il existe un conflit entre les courbes, qui est mesuré avec la valeur-p.
- Le valeur-p est inférieur à 0,05 (0,0008). Cela démontre un conflit statistique entre le priori et vraisemblable alors que l'analyse conjuguée est rejetée. Ça signifie que l'écart entre le priori et les résultats de l'enquête dans les grandes zones (vraisemblable) est trop divergentes et indique des réalités différentes de la couverture.
- Même si l'enquête de l'étape 3 a réduit l'incertitude (montré par une courbe d'estimation postérieure plus étroite), les objectifs fondamentaux de la SQUEAC ne peuvent pas être négligés : la recherche doit fournir une probabilité de priori basée sur la récolte et l'analyse des informations informelles sur les barrières et les facilitateurs/boosters à l'accès. En rejetant les probabilités à priori lors du calcul final de l'estimation de la couverture, cela crée un précédent qui réduit les bonnes pratiques et, dans le long terme, peut encourager la tendance à négliger la valeur d'une bonne probabilité à priori.

Malgré le fait qu'une estimation de couverture n'a pas pu être validée, l'analyse des questionnaires administrés (n=23) aux accompagnants des cas couverts (enfants MAS couverts et en voie de guérison) apporte un éclairage supplémentaire sur les boosters/facilitateurs à l'accessibilité. Les questionnaires pour les cas non couverts ne seraient pas analysés par faute qu'il y a seulement 4 questionnaires et ne seraient pas représentatifs des barrières dans la zone.



Graphique 20 : Liste des facilitateurs des cas couverts d'enquête sur grande zone à Barkéol – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



Des résultats des questionnaires¹⁹ complétés par les accompagnants des enfants trouvés dans le programme (n=23), les facilitateurs les plus communs sont de soutien et encouragement du RC, gratuité des soins et accès au Plumpy Nut©.

3. DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

3.1. DISCUSSIONS

Les résultats du SQUEAC et étude communautaire des Moughataas de Kiffa et Barkéol 2016, indiquent une forte appréciation des services, les RC qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre de la PCIMA, une connaissance de la gratuité des soins et accès aux intrants. En même temps, il y existe une appréciation pour la bonne collaboration avec TDH-IT avec les ONG locales, le DRAS et la communauté, et le soutien de TDH-IT pour assurer les livraisons des intrants.

Du coup, le programme a aussi les barrières d'accès qui inclue, la méconnaissance de la malnutrition et une faible compréhension du traitement et du programme au niveau communautaire. En même temps, la compréhension actuelle du programme semble être entachée par une mauvaise réputation ; cité avec un mauvais accueil, un manque d'espace et manque d'eau, une faible implication des ICP, les absences des ICP les jours de CRENAS et un manque de données et rapport remonter. La formation des ICP et RC sur la PCIMA et les sensibilisations est aussi identifié comme des faiblesses.

¹⁹ Voir annexe 6 pour les questionnaires utilisées pour ce SQUEAC



En combinaison avec la barrière de la distance et disponibilité des moyens de transport ou financier pour s'y rendre aux CS/PS, les problèmes d'accès aux soins pour la malnutrition sont évidents.

Finalement, le taux d'abandons élevée signale une problématique d'accès surtout pendant la période d'hivernage, avec les enclavements, et les déplacements communs de la population – l'exode, les transhumances, et la nomadisme – qui augmente les taux d'abandons pendant et après la période de soudure. Combiné avec les ruptures des intrants, et il y a un grand problème de couverture de programme avec une population qui ne revient plus ou qui n'a pas accès au traitement.

Certes, il est reconnu que les facilitateurs/boosters de cette enquête soulignent l'importance de la réputation et compréhension du programme PCIMA.

Malheureusement, l'estimation Bayésienne de la couverture n'a pas pu être atteinte par faute des résultats atteints pendant l'étape 3 ne sont pas très utiles dû au fait qu'il y a une variation significative entre la probabilité à priori et l'évidence vraisemblable (cf. section 2.4.2.).

Les recommandations selon les barrières et facilitateurs générales sont présentées dans la section 3.2.

3.2. RECOMMANDATIONS et ACTIVITES

Recommandations et Activités – SQUEAC 2016

Objectives Globales	Recommandations/ Activités suggérées pendant SQUEAC	Activités/ Sous-activités suggérées pendant SQUEAC	Justificatif Barrières	Justificatif Facilitateurs
1. Renforcer la Mobilisation Communautaire	1.1. Agrandir la zone de couverture des RC	1.1.1. Formation des RC 1.1.2. Etablir/comprendre les rôles et responsabilités des RC des autres programmes 1.1.3. Rechercher la possibilité de partage de RC avec les autres programmes 1.1.4. Analyse/Revue de stratégie communautaire TDH-IT de la mise en place (assurance de qualité et pertinence et durabilité)	Méconnaissance de la malnutrition Méconnaissance de la PCIMA	Présence des RC Fierté des RC dans le travail Bonne coordination TDH-IT et ONG
	1.2. Améliorer la qualité de dépistage et suivi des référencement communautaires	1.2.1. Appuyer/assurer la suivi des enfants prise en charge (couverts/absences/ abandons) avec ICP/ONG locales - suivi rapprochée depuis admission pour éviter les absences et abandons 1.2.2. Formation de RC 1.2.3. Faire un état de lieu sur les comité de santé et identification des zones vulnérables 1.2.4. Ciblage des CS/PS vulnérables (avec beaucoup abandons) pour projet pilot d'appuyer un comité communautaire (rétablit le comité de santé) de surveillance et suivi de programme 1.2.5. Plaidoyer envers le DRAS et mettre en place (ou tester le faisabilité) les carnets de santé (de suivi) pour la prise en charge - (plaidoyer/inclure dans l'ordre de jour) avec le cluster	Méconnaissance de la malnutrition Méconnaissance de la PCIMA Découragement des mères par dépistage répétitives Difficulté de recruter les RC de qualité ** Manque de qualité de dépistage	Bonne coordination avec les ONG locales Présence des RC/fierté dans le travail
	1.3. Assurer la sensibilisation sur la malnutrition et PCIMA et hygiène	1.3.1. Mise en place des théâtres, discussions ponctuels, réunions sur la malnutrition, démonstrations culinaires 1.3.2. Utilisation des moyens de communications locales: radio locale, école communautaires, réunions leaders communautaire 1.3.3. Assurer la sensibilisation/ implication des associations/ organisations/ sociétés locales, IMAM, réunions dans les marchés, écoles de jeunes, guérisseurs traditionnels, chefs Mahadra 1.3.4. Assurer les messages/sensibilisations et dépistages communautaires pour les femmes enceintes et femmes dans l'âge de procréation Révision et augmentation des outils de travail/sensibilisation visuelles (considération d'analphabétisme) - boîte à images, ajouter les images sur flip-charts, flyers, etc.	Méconnaissance de la malnutrition Méconnaissance de la PCIMA Manque de sensibilisation par les ICP Difficulté de recruter des RC qualifiées Partage ATPE Stigmatisation Recours de soins néfaste Occupation des mères	Disponibilité des outils de travail - Flip-chart Présence des RC Fierté des RC dans le travail Bonne coordination TDH-IT et ONG

2. Améliorer la qualité et utilisation de la Prise en Charge	2.1. Estimer les besoins en personnel qualifié pendant les missions de supervision	2.1.1. Développement de système de évaluation et monitoring avec les informations d'estimation des besoins (formations, supervisions, dépistages, sensibilisations, etc.) et développement des outils de suivi 2.1.2. Plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour l'implication systématique de personnel qualifié pour la consultation des enfants MAS	Manque de formation des ICP Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP Pauvre qualité de rapport Manque de sensibilisation par les ICP	Formation et supervisions disponibles pour les ICP
	2.2. Formation continue en PCIMA pour les ICP	2.2.1. Formations complets/initiales sur la PCIMA pour ICP nouvellement affecté 2.2.2. Assurer les formations pratiques sur place pendant les supervisions des ICP 2.2.3. Utiliser les données pendant 'l'estimation des besoins' pour préciser les formations nécessaires	Manque de formation des ICP Mauvaise accueil Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP Pauvre qualité de rapport Manque de sensibilisation par les ICP	NA
	2.3. Mettre l'accent lors des visites d'appui sur la tenue effective et la qualité des activités de prise en charge dans les CS/PS	2.3.1. Plaidoyer et assurer les supervisions formatives conjointes régulière en appui de la DRAS 2.3.2. Assurer les séances de sensibilisation par les ICP/bénévoles ponctuel (CRENAS/PS) 2.3.3. Développement des fiches de supervisions détailler – CRENAS et dépistage systématique (identification des opportunités de dépistage) 2.3.4. Améliorer la communication et enregistrement des enfants référer et transférer	Manque de formation des ICP Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP Pauvre qualité de rapport Manque de sensibilisation par les ICP	Formation et supervisions disponibles pour les ICP
	2.4. Renouveler/ réactivé les comités de santé	2.4.1. Faire un état de lieu/définir le rôle des comités de santé et identification des zones vulnérables - assurer avec les DRAS pour la réhabilitation des comités de santé 2.4.2. Ciblage des CS/PS vulnérables (beaucoup abandons) pour projet pilot d'appuyer un comité communautaire (rétablit le comité de santé) de surveillance et suivi de programme	Manque d'appropriation et intégration de PCIMA pour les ICP Absence des ICP Mauvaise répartition des CS/PS Abandons élevées	Bonne appréciation de la prise en charge par la communauté
	2.5. Améliorer la qualité d'hygiène et assainissement dans les structures sanitaires	2.5.1. Faire un état de lieu des besoins WASH dans les structures sanitaires et assurer un paquet minimum de WASH 2.5.2. Distribution des kits WASH pour les CS/PS ciblés - couples mères/enfants	Manque d'espace d'eau et espace dans les CRENAS Découragement des mères par dépistages répétitives	NA

3. Mettre en place les mesures de réduire l'impact de barrières de la distance et coûts d'opportunités	3.1. Assurer une meilleure compréhension de problèmes/barrières géographiques/ financières	3.1.1. Faire état de lieux de zones de grand distance et les problèmes de moyen de transport 3.1.2. Etude communautaire cas couverts - entretiens/discussions sur la distance - compréhension des comportements et facilitateurs envers la distance	Distance Enclavements Abandons élevées Méconnaissance de la PCIMA Manque de moyen - finance et transport	Présence des RC Gratuité de la prise en charge
	3.2. Assurer un stock d'ATPE suffisant pendant période d'hivernage et enclavements	3.2.1. Développer un planification de livraison TDH-IT-I et DRAS avant l'hivernage selon les projections/estimations mensuelles 3.2.2. Assurer pendant les supervisions la bonne gestion des intrants 3.2.3. Réaliser des supervisions de contrôle de gestion de stock pendant période hivernage	Distance Rupture des intrants Délai de répondre au requêtes intrants	Appuie de TDH-IT pour effectuer les livraisons
	3.3. Plaidoyer envers les autorités sanitaires que les produits de traitement (ATPE) pour deux semaines (au cas par cas)	3.3.1. Encourager les ICP de donner un ration de deux semaines pour les enfants ciblés dans cette situation - déterminer les cas cibler 3.3.2. Développer un plan d'action de plaidoyer et réunions avec acteurs clés pour encourager l'acceptance et dissémination d'action pour donner les produits de traitement pour deux semaines	Distance Abandons élevées Partage ATPE Manque de moyens - finance et transport	NA
	3.4. Répondre aux besoins dans le cadre de stratégie mobile	3.4.1. Organiser des dépistages trimestriels dans des zones éloignées et les villages distants 3.4.2. Organisation et déploiement des équipes mobiles pendant période de piques de MAS	Distance Abandons élevées Partage ATPE Manque de moyens - finance et transport	NA
4. Analyse de programme	4.1. Organiser un enquête de couverture dans les Moughattas de Kiffa et Barkéol - pendant période de soudure	4.1.1. Assurer la mise en place des recommandations et suivi du SQUEAC 4.1.2. Focaliser sur sujets... (NB: à définir à partir d'étude communautaire - plus d'information disponibles après rapport préliminaire) 4.1.3. Plaidoyer envers le DRAS et PAM pour assurer la complétude de couverture des cas de malnutrition aigue, incluant le MAM, dans les PS/CS et communauté	Pas de traitement MAM Méconnaissance de la malnutrition Découragement des mères par dépistages répétitives	Bonne appréciation de la prise en charge par la communauté



ANNEXE 1

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES FORMEES PENDANT LA SQUEAC

NOM	SEXE (M/F)	POSTE	ORGANISATION
Alioune Mohamed Abd	M	Enquêteur	AFRES
Aly Adama Ndiaye	M	Enquêteur	AFRES
Mahfoud Dedda	M	Enquêteur	OSPPE
Diop Mamadou	M	Enquêteur	OSPPE
Hamed Mahmoud	M	Enquêteur	AD
Fatimetou Diop	F	Enquêteur	OSPPE
Fatimetou M/ Cheikh	F	Enquêteur	AFRES
Babe O/ Sidata	M	Enquêteur	RPE
Mohamed Moctar Kane	M	Enquêteur	OCOD
Boyba M/ Mohamed	F	Enquêteur	OCOD
Ahmedou Ndiaye	M	Enquêteur	RPE
Adama Ngom	M	Enquêteur	OCOD
Hadiya O/ Yemani	M	Enquêteur	RPE
Mohamed O/ Cheikh	M	Enquêteur	AD
Vogani Mbodj	M	Enquêteur	AD
Youssef Saidou Athié	M	Superviseur	TDH-IT
Amadou Abdoulaye Dem	M	Superviseur	TDH-IT
Doulo Mbo	M	Superviseur	TDH-IT

ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DU SQUEAC

44



ANNEXE 3

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN ETUDE COMMUNAUTAIRE

COLLECTION DES DONNEES QUALITATIVES MATRICE D'ECHANTILLONAGE

Moughatta/ Departement	Equipe	Homme/ Père	Femme/ Mère	Leader Comm	Guérisse ur Tradition	Accouche Tradition	Relais Comm	ONG Locale	Infirmier CS/PS	Accouch e CS/PS	DRAS	TdH	ONG Int'l
Kiffa	Supervise/ Consult							Discussi on Groupe	Entretien (2)		Entretien (3)	Entretien (4)	Entretien Discussion de groupe
Berkeol	Supervise/ Consult								Entretien		Entretien (3)	Entretien (2) Discussion groupe (1)	
Kiffa	Equipe 1												
Kiffa	Equipe 2	Entretien	Entretien (2)	Entretien (3)			Entretien (3)		Entretien (2)	Entretien (2)			
Kiffa	Equipe 3		Entretien (2)	Entretien		Entretien	Entretien (4)		Entretien (2)	Entretien (2)			
Kiffa	Equipe 4			Entretien (3)	Entretien		Entretien (2)	Entretien	Entretien	Entretien			
Berkeol	Equipe 1	Entretien	Entretien (4)	Entretien			Entretien (3)		Entretien (2)	Entretien (2)			
TOTAL	68	2	8	7	1	1	12	2	10	7	6	7	2

L'étude communautaire était effectuée en lien avec le SQUEAC pour assurer une meilleure compréhension de la communauté dans la zone d'intervention des activités de Terre des Hommes. Les objectifs étaient de mieux comprendre les systèmes de communication, les acteurs principaux, le réseau des relais communautaires et la compréhension de la communauté autour des messages clés sur la malnutrition et le programme de PCIMA. Aussi, il était essentiel pour TdH-It de mieux comprendre les acteurs clés dans la communauté pour évaluer les facteurs qui influencent les décisions autour de l'accessibilité aux soins et l'utilisation de PCIMA.

ANNEXE 4

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN ETUDE COMMUNAUTAIRE

GUIDE D'ENTRETIEN: HOMMES/PERES – FEMMES/MERES – DISCUSSION de GROUPE

No. des personnes interviewées _____ dont _____ femmes et _____ hommes Ethnie: _____ Date: _____

District sanitaire/Moughatta: _____ Poste de santé: _____ Village: _____ Distance: _____ Equipe: _____

PROFIL COMMUNAUTAIRE

Responsabilités

- Quelles sont vos activités principales pendant la journée?
- Avez-vous des autres responsabilités moins régulières (semaine/mois)? Expliquez.
- Y-a-t-il qqn pour vous aider?

Si oui, qui? Comment?

- Qu'est-ce que font les autres membres de la famille?

Moyens de Déplacement

- Comment les gens se déplacent typiquement entre les villages ou vers la ville ?
- Quels moyens sont plus souvent utiliser ?
- Combien ça coute ?
- Comment les gens font-ils pour avoir l'argent pour se déplacer ?
- Qui prend la décision sur les mouvements/déplacements de la famille ?

Moyens de Communication

- Est-ce qu'il y a des réunions ou regroupements des femmes dans votre village ?

Si oui, pourquoi ? A quelle fréquence ? Qui vient pour ces réunions ?

- Comment les décisions sont-ils prissent dans votre communauté ? (par vote, par discussion ??)
- Qui prend les décisions dans la communauté ?
- Qui prend les décisions dans le ménage ?
- Comment ces décisions sont-ils communiqué avec le village ?
- Quelles autres moyens/modes de communication sont à votre disposition dans le village – pour partager les informations entre vous les femmes ?
- Si jamais il y a un message clé, important pour tout le monde, quel moyen de communication utilisera-vous qui est le plus efficace ?

Organisation Familiale

- Comment les hommes/femmes partage les rôles de la famille ? (qui est responsable de quoi)
- Qui prend les décisions principales pour la famille ?
- Est-ce que les hommes apprennent-ils comment prendre soins des enfants ?
- Est-ce que vous pensiez que les hommes devraient être plus impliqués dans les soins des enfants ? Pourquoi ?

Pratiques alimentaires

- Quels sont les principaux aliments dans votre foyer? Pourquoi?
- Est-ce qu'il y a des aliments que vous ou autres membres de la famille ne peuvent pas manger?

Si oui, quels? Pourquoi?

- Est-ce qu'il y a des aliments que les femmes ne peuvent pas manger quand elles sont enceintes/allaitantes?

Si oui, quels? Pourquoi?

- Est-ce qu'il y a des aliments que vos enfants ne peuvent pas manger? Si oui, quels? Pourquoi? A quel âge? - Combien de repas par jour mangez-vous dans votre foyer? Pourquoi? - Comment les repas sont-ils distribués entre les différents membres de la famille? Pourquoi? Maladies infantiles - Quelles maladies infantiles sont les plus répandues dans votre communauté? Pourquoi? - Quelles sont les causes de ces maladies? - Quels itinéraires thérapeutiques/modes de soins utilisez-vous? Pourquoi?	
CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION	
(montrez les images de marasme / kwashiorkor) - Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci? - Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire? - Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi? - Est-ce que c'est une « nouveauté » dans votre communauté? Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? - Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Pourquoi? - Connaissez-vous ses symptômes, ses causes et ses effets? Si oui, citez-les. - Quels itinéraires thérapeutiques/recours de soins sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?	
CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA	
- Avez-vous entendu parler du service PCIMA? Si oui, qui a parlé? Qu'est-ce qu'il a été dit? - Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service? Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? - Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement? - Existent-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service? Si oui, citez-les et expliquez.	
COUVERTURE / REJET / ABANDONS	
- Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA? - Connaissez-vous autres enfants dans votre communauté en besoin du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme? - Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? - Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner?	
SENSIBILISATION & DEPISTAGE	
- Est-ce qu'il y a les personnes qui sensibilisent la communauté sur la malnutrition? Si oui, à quelle fréquence? Sur quels sujets? - Que pensez-vous de ces séances? Sont-ils intéressants? Ennuyants? Pourquoi? - Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi? - Quelles personnes sont ciblées par la sensibilisation sur la malnutrition? - Est-ce que vous assistez aux séances de sensibilisation? Si oui, pourquoi? Comment? A quelle fréquence? Si non, pourquoi pas? - Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants? Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment? - Qu'est-ce que vous pensez de leur travail? Pourquoi? - Qui devrait être inclut dans cette activité? Pourquoi?	



ANNEXE 7

ANNEXE 7 : ETUDE COMMUNAUTAIRE

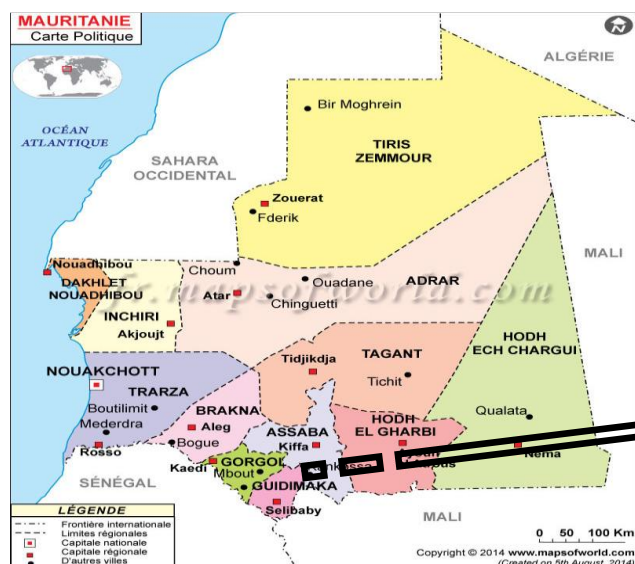
PROFIL COMMUNAUTAIRE DES MOUGHATTAAS DE KIFFA ET BARKEOL

A. GEOGRAPHIE

Localité, topographie, climat, hasards naturels, conflits

La Wilaya (région) de l'Assaba se situe au Centre-Sud de la Mauritanie et y occupe une superficie de 36 600 km². A mi-parcours entre les frontières Ouest et Est du pays, elle constitue un véritable carrefour pour les déplacements entre les Wilaya de l'Ouest (Trarza, Brakna) et celles de l'Est (les deux Hodh) et entre les Wilaya du Nord (Tagant, Adrar) et celles du Sud (Gorgol, Guidimakha).

Carte du pays Mauritanie et départements de l'enquête SQUEAC, Moughataas de Barkéol et Kiffa – SQUEAC TDH-IT Jan 2016



La Wilaya de l'Assaba s'étend sur environ 300 km en direction Nord – Sud et sur 200 km en direction Ouest – Est. Le relief est caractérisé par une vaste pénéplaine, plane à vallonnée, traversée cependant par les contreforts des plateaux montagneux du Tagant. La capacité de rétention de ces formations montagneuses étant très faible, les eaux de pluie donnent lieu à de forts ruissellements et les oueds, qui se déversent de ces montagnes, connaissent d'importantes crues en période d'hivernage.

La Wilaya de l'Assaba compte 325 897 habitants sédentaires en 2013²⁰, soit environ 9,2% de la population mauritanienne. Administrativement, la Wilaya est découpée en cinq Moughataas (départements) avec un total de 26 communes total avec 6 et 8 dans les Moughattaas de Kiffa et Barkéol respectivement.

²⁰ Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013)



B. PROFIL DEMOGRAPHIQUE

Composition ethnique et linguistique

Ethnie	Abbr.	Langues parlées
Maure (noir et blanc)	MR	<i>Hassaniyya</i>
Peuhl	PE	<i>Pulaar</i>

La culture mauritanienne, de par la position géographique de la Mauritanie, est un mélange de culture maure (arabo-berbère) et peuhls (noire-africaine). La langue officielle est l'arabe, avec les langues parlées du hassaniyya (dialecte arabe) le pulaar, le soninké, le wolof et le bambara.

Dans le Wilaya d'Assaba, la répartition entre les Maurs (noir et blancs) et Peuls n'est pas connu. Les Puehls et Maurs habitent ensemble dans certains villages et séparément dans d'autres. En général, les structures sanitaires sont réparties également entre les ethnies, mais pas nécessairement réparties également au niveau géographique.

Affiliation religieuse

Islam

99 % des habitants de la Mauritanie sont des musulmans sunnites.

L'impact de l'affiliation religieuse sur le comportement des fidèles en lien avec la malnutrition et/ou son itinéraire thérapeutique n'a pas été confirmé, dans les entretiens ; mais il existe un lien entre le choix de recours au soin liée avec la religion, par Marabout ou directe vers le structure sanitaire. Aucune personne interrogée n'a évoqué les approches diverses en fonction de la religion pratiquée directement, mais le fait que c'est un état islamique (République Islamique de Mauritanie) et les pratiques culturellement acceptés font qu'il y a les approches de soins accepter dans la région.

Statut socioéconomique

Le niveau d'instruction de la population est généralement très bas avec un pourcentage d'analphabètes légèrement plus faible chez les filles/femmes par rapport aux hommes (35% et 57% respectivement). Ce taux est classifié comme « en défaveur » des femmes, selon les normes internationales, et est la même classification ainsi pour les jeunes femmes jeunes. La scolarisation des enfants demeure un défi dans le milieu purement rural ou certains parents préfèrent envoyer leur progéniture aux travaux champêtres ou pâturages pour la garde du bétail.

« Le niveau d'alphabétisation est un problème dans les zones d'intervention, non que dans la sélection des relais communautaires, mais aussi bloque le niveau de la compréhension des concepts pour la santé globale. »

(Personnel Nutrition, Terre des Hommes Italie)

« Les différences socioéconomiques se dévoilent au niveau de certains zones, surtout entre Barkéol et Kiffa. En plus, il y a des différences au niveau de la pauvreté entre les ethnies et castes ; qui influencent les relations intracommunautaires car les riches sont plus écoutés. »

(Personnel Nutrition, Terre des Hommes Italie)

Par conséquent, les principales sources de revenu de la population dans les villages sont l'agriculture, l'élevage, et/ou le petit commerce. En même temps, il y a un grand nombre d'hommes de la région qui vont ailleurs, hors de la région ou hors du pays, pour les travaux.

Ainsi, les différences socioéconomiques ne sont pas importantes mais certaines inégalités peuvent se produire selon les lignes d'appartenance ethnique. Cela n'a pas pu être confirmé lors de l'étude communautaire, mais le sujet a été mentionné plusieurs fois pendant les discussions informelles.

Les **défis majeurs** des communautés de Kiffa et Barkéol, comme soulevés par les personnes interrogées, se concentrent autour de la pauvreté, l'absence des hommes qui font les travaux ailleurs, un mauvais réseau de communications, l'analphabétisme et le manque d'eau potable.

C. PROFIL SOCIOCULTUREL ALIMENTAIRE

Pratiques et Tabous alimentaires

Principaux aliments

Riz, couscous, viande, lait de vache, petit mil, patates/pommes de terre, maïs, viande de bœuf/poulet/chèvre, arachides, thé

Les ménages mangent trois à quatre repas par jour. Les repas sont répartis entre les membres de la famille de façon et de quantité variée mais la ségrégation par genre est strictement observée.

« Les femmes, les enfants et les hommes ont tous leurs assiettes pour manger à part. »

(Femme, Nezaha)

Pas de consommation du porc chez les musulmans.

La majorité des répondants a indiqué que tout le monde peut manger tout, il n'y a pas de restrictions alimentaires. Mais avec les questions précises sur l'alimentation des enfants ou pendant les maladies, certaines pratiques sont ressorties.

« Le sel et la viande sont à éviter parce que les gens du PS nous ont dit ça. »

(Groupe de femmes, Nakhalia)

Pratiques alimentaires des femmes enceintes/allaitantes

Il n'y a aucune indication sur le fait des pratiques alimentaires des femmes enceintes sont différentes ou ont des restrictions.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

En général, les informateurs clés n'ont pas indiqué de grandes restrictions pour les enfants, mais il y a des pratiques pendant que l'enfant est malade. Pas de mention pour les enfants moins de 6 mois, ni sur les pratiques d'allaitement.

« Le lait de chèvre n'est pas bon en général, lait est très fort en concentration et trop fort pour les enfants – ça les amène vers les faiblesses. »

(Groupe de femmes, Birré Dorafe)

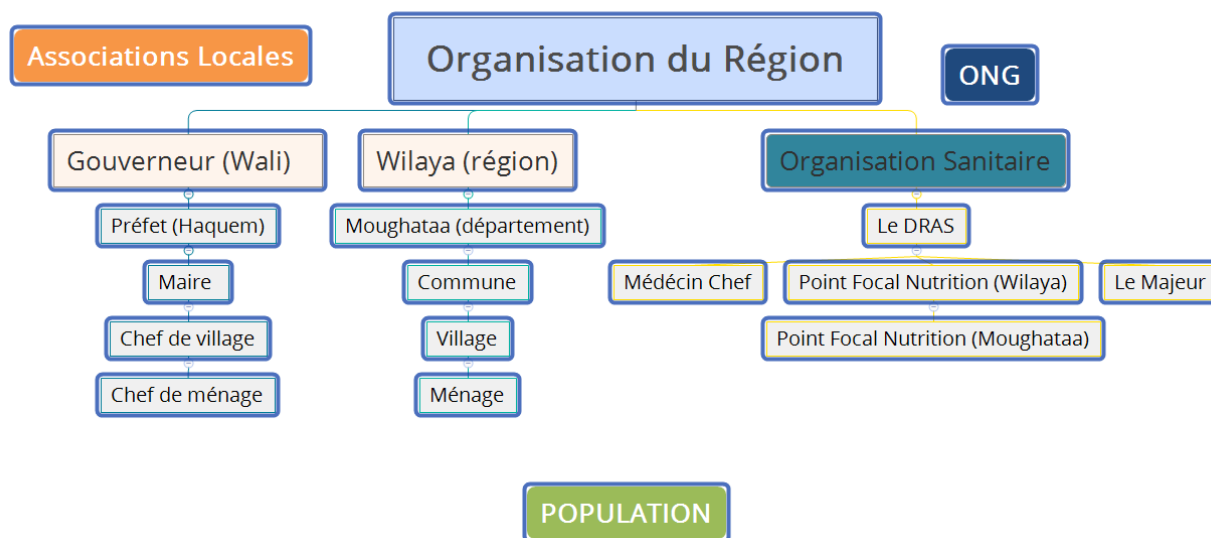
« Si l'enfant est malade, il devrait manger plus de graisse ou l'huile de vache. »

(Femme, Kiaket)

« Couscous n'est pas bon pour les enfants parce que ça grandit le ventre et augmente la diarrhée. »

(Groupe d'hommes, Birré Dorafe)

D. ORGANISATION SOCIALE ET ACTEURS COMMUNAUTAIRES



Sur le plan politico-administratif, les moughataas sont dirigés par le Gouverneur et les préfets qui sont nommés par l'autorité centrale. Les maires sont des élus locaux.

Certaines personnes interrogées ont classifié la prise des décisions communautaires comme une affaire de chef de village et/ou de ses conseillers ; ou le village est regroupé pour discuter des décisions. Ensuite, les décisions peuvent être communiquées par les membres de village, chacun dans son quartier, et/ou lors des événements.

Sur le **plan sanitaire**, un Directeur Régionale de l'Action Santé (DRAS) est à la tête de la région Sanitaire avec un Médecin Chef à la tête du département sanitaire et préside l'équipe de DRAS. Il supervise toutes les structures sanitaires sur l'ensemble du département à travers les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) qui assurent le fonctionnement des structures sanitaires dans chaque aire de santé. Les ICP sont sensé être assistés par les COGES, Comités de Gestion de Santé, mais ces comités sont généralement considérés comme non fonctionnels. Par contre, les ICP sont actuellement appuyés/assistés par les agents de santé à base communautaire, les relais communautaires (RC), qui relient les communautés et les structures sanitaires.

Le DRAS est responsable pour la coordination et collaboration étroite avec les ONG locales et internationales dans la mise en œuvre des projets sanitaires. Leurs responsabilités comprennent l'organisation de réunions régionales de cluster de santé sur une base régulière. La dernière réunion de coordination inter-ONG avec le DRAS dans la région a été réalisée en Octobre ici à 2015.

Au niveau du ménage, la majorité des répondants (femme et homme) ont indiqués que les décisions sont prises soit conjointement, homme et femme (père et mère) ou soit uniquement par la femme, surtout si l'homme n'est pas présent ou absent pour les travaux ailleurs. En général, les femmes ont une autonomie assez prononcée par rapport au choix de soins pour les enfants.

E. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS

Les communautés de Kiffa et Barkéol utilisent une variété de canaux de communication formels et informels, entre autres les médias (radio, TV), les rassemblements autour des chefs ou autorités religieuses, les théâtres communautaires et les téléphones portables.

« Dès fois ils se regroupent dans les mosquées où le chef regroupe les gens avec les annonces. »

(Homme de village, Tehar)

En ce qui concerne le programme PCIMA, les canaux de communication utilisés pour la sensibilisation de la population sur ses aspects clés sont assez limités. La diffusion de messages se passe soit au niveau des ménages où les

relais communautaires effectuent le dépistage des enfants de moins de cinq ans, soit dans les regroupements des femmes et minoritairement les hommes (10 à 15 personnes à la fois) ou soit pendant les évènements, comme les mariages ou baptêmes.

Les performances du théâtre communautaire ou les émissions de radio sont jugées efficaces mais leur réalisation est rare et non-répétitive. L'influence des leaders d'opinion (chefs coutumiers, autorités religieuses, etc.) n'est pas exploitée pendant les sensibilisations des relais communautaire dans certains cas, dû au fait que les relais sont 98% des femmes. Ces RC ont un bon accès au niveau du ménage, mais manque l'opportunité d'impliquer les hommes. En plus, au sein des communications formelles, les mères ne sont pas typiquement incluses dans les activités de communication ou décisions au niveau du village.

F. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION

Termes locaux

Les personnes interrogées se sont référés à la malnutrition en utilisant vingt termes locaux, dont 'souetaghdyhi' (malnutrition), le plus couramment utilisé, fait référence au terme en hassanya de la malnutrition. L'autre terme bien utilisé est le 'sidwe' qui se traduit comme « enfant qui mange du sable », qui est classifié comme les enfants avec un ventre ballonné.

Terme local	Langue	Signification
Souetaghdyhi	HA	<i>Malnutrition</i>
Magueboule	HA	<i>Mange de sable</i> <i>Ventre ballonné</i>
Sedwa	HA	<i>Mange de sable</i> <i>Ventre ballonné</i>
Bagla	Locale	<i>Ventre ballonné</i>
Mbouddo	PE	<i>Ventre ballonné</i>
Hemtenamous	HA	<i>Paludisme</i> <i>Fièvre de moustique</i>
Saffar/Safr	HA	<i>Peau jaune</i>
Bedel	HA	<i>« Enfant à changer »</i>
Mounaghasse	HA	<i>Déficit de nourriture</i> <i>Faiblesse</i> <i>Malnutrition</i>
Miszgui	HA	<i>Maux de tête</i> <i>« D'être dans la lumière »</i>
Makhoh	HA	<i>Quelque chose qui n'est pas aimer</i> <i>C'est interdit</i>
Masroue	HA	<i>Quelqu'un qui est jeté, lancer ou quitter</i>
Emnezel	HA	<i>Quelqu'un qui est rhumé</i>
Metewerum	HA	<i>Œdèmes</i>
Joue	HA	<i>Faim</i>
Moriengua	HA	<i>Arbre qui soigne la malnutrition (à Kiffa)</i>
Ndaif	HA	<i>Faible</i>



Swa	HA	<i>Yeux jaunes Urines sont jaunes</i>
Atom Nakass	HA	<i>Enfant qui manque Qui a diminué</i>
'Gloria'	HA	<i>Marque du lait dans lequel les parents de l'enfant mettent des herbes à faire évaporer pour faire une fumée pour faire soigner les maladies</i>

Compréhension globale et compréhension locale des causes de la malnutrition

La reconnaissance de la malnutrition est relativement faible, avec un nombre égale de personnes de la communauté, non liée avec le programme PCIMA, entretenues qui ont connu ce que c'est et ceux qui ne savent pas (13 et 14 répondants respectivement). De ceux qui connaissaient la malnutrition, il y avait une majorité qui l'a considérée comme une maladie comme les autres, avec quelques unes qui pensaient que c'est une maladie plus grave.

« Oui c'est une grande maladie parce que ça tue les enfants. »

(Père de la communauté, N'Kaula)

« Ah! Là les mères prennent ça comme on dit c'est l'os de cœur qui est tombé' (pour décrire localement que l'enfant est malade) pour plus de cas. »

(Membre d'un ONG locale, Ghadima)

« Plus ou moins c'est une maladie comme on dit, mais elle est moins sévère et facile à guérir. »

(Guérisseur traditionnel, Dubai)

La compréhension des causes, signes et symptômes au niveau communautaire est très pauvre ; surtout la compréhension des causes. Il y avait aussi une mauvaise compréhension des causes, signes et effets de la malnutrition parmi les enquêteurs- c'est-à-dire certains n'ont pas distingué entre les questions respectives et ainsi les réponses ont été mélangées. Les résultats sont présentés dans la section 'compréhension locale des symptômes de la malnutrition'.

La compréhension sur les effets de la malnutrition n'est pas complète. Par manque de précision des questions posées sur le terrain, ces informations ne sont pas distinguées.

Pour ceux qui ont répondu à la question des causes, en général, la pauvreté est la cause la plus citée parmi la liste des causes de malnutrition, et associe un manque de ressources financières avec un manque de nourriture dans le foyer, une mauvaise alimentation (manque d'aliments de qualité) ou encore la monotonie alimentaire (faible diversification alimentaire). Par contre, pour un répondant la malnutrition était liée avec un excès.

« Non, c'est la faim, des gens pauvres ne savent pas comment ils vont nourrir leurs enfants. »

(Mère de la communauté, Verdouss)

« Toujours c'est causé par un excès, l'enfant a mangé quelque chose en excès, mange trop de graisse. »

(Femme de la communauté, Dissagh)

Parmi les relais communautaire qui ont compris la question sur les causes et symptômes, la majorité ont cité la perte de poids et faiblesse comme les causes ou symptômes les plus connus. Il y avait 4 des 15 RC qui n'ont pas pu répondre, indiquant simplement que c'est une maladie grave.

« La malnutrition est un phénomène dangereux. »

(Relais communautaire, Bezoule)

« Les gens comprennent les causes. »

(Relais communautaire, Vreikika)

Stigmatisation

La majorité des répondants ont indiqué que la stigmatisation ne pose pas de problème dans la communauté, car que la maladie est vue comme les autres, ou pour certains n'était pas perçue comme contagieuse. Par ailleurs, ceux qui pensent

que c'est stigmatisé cite les raisons, telles que la honte pour les parents, la honte pour ne pas avoir les moyens pour subvenir aux besoins de la famille (indice de pauvreté); ou la honte d'avoir une maladie dans la famille. Certains ont aussi les croyances que la malnutrition est une maladie contagieuse ou que la malnutrition est une maladie causée pour les grossesses ont été aussi suggérés.

« Pas stigmatisé, mais problème pour ceux qui sont les plus pauvres. »

(Membre d'ONG locale, Kiffa)

« Oui, elle est stigmatisée parce que nous pensons que ça peut contaminer les autres. »

(Chef de village, Guevava)

« Bien sûr elle est stigmatisée, et voir même les parents cachent parce que c'est une honte pour les parents. »

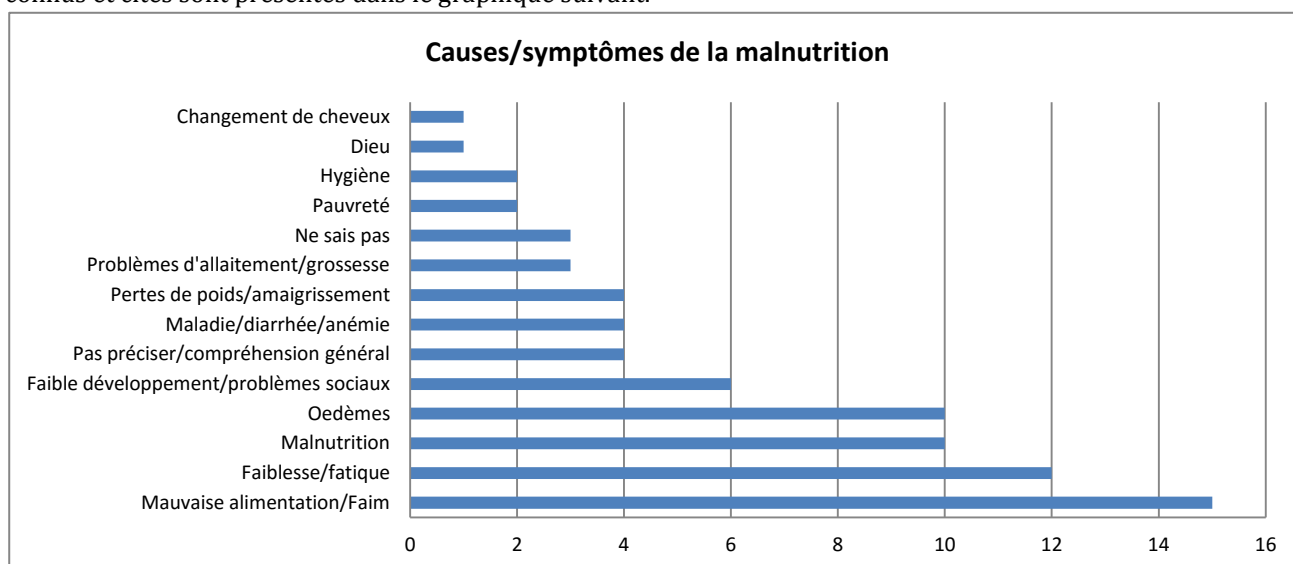
(Chef de village, Belmtar)

« Ah! Non, pour moi ça ne devrait pas être stigmatisé, mais ça dépend des mentalités des gens. »

(Mère, Chalkha El Bewa)

Compréhension locale des symptômes de la malnutrition

Les symptômes de la malnutrition, selon les répondants au niveau communautaire qui ont connu la malnutrition (n=48) ont souvent répondu pour les causes et symptômes en même temps (dû au fait que ni les enquêteurs ni les répondants n'ont pas bien distingué entre les questions sur le terrain). Avec les données collectées, les causes/symptômes les plus connus et cités sont présentés dans le graphique suivant.



Les raisons pour la malnutrition les plus citées sont la mauvaise alimentation, faiblesse/fatigue de l'enfant, la malnutrition et les œdèmes. C'est clair que certains enquêteurs et répondants (10 des 48 répondants) n'ont pas distingués dans leurs réponses de la question et ont indiqués que la malnutrition a causé ou est un symptôme de la malnutrition.

« L'enfant malnutri manque aliments nutritifs et alors c'est clair que la famille doit avoir plus de sensibilisation. »

(Infirmière chef de poste, PK 70)

Compréhension locale du traitement de la malnutrition

L'utilisation de PlumpyNut® (les sachets ou le chocolat), en tant que traitement moderne de la malnutrition, est bien acceptée. Cela est confirmé par l'attitude des répondants pendant le SQUEAC, tel que plusieurs ont indiqués qu'ils ont amené leurs enfants au programme pour en avoir accès au PlumpyNut®.

« Sachets avec poudre et des sirops pour ceux qui mangent du sable, ça les guéri. »

(Leader Communautaire, Nakhaila)

En général, les répondants communautaires n'ont pas discutés de la possibilité qu'il y a les cas de partage d'ATPE au niveau du ménage. Par contre, les ICP et infirmiers de TDH-IT ont mentionnés ce problème dans les discussions informels. Il existe aussi la possibilité que certains utilisent les ATPE pour vendre dans les marchés, mais cela n'a pas été confirmé.

Aucun accompagnant MAS ni autre informateur clé au niveau communautaire n'a confirmé avoir connu un cas d'abandon. Seulement les relais communautaire et les ICP ont indiqué avoir eu les cas d'abandon, alors qu'ils ont cité leurs rôles de suivi et de visites à domicile.

Itinéraires thérapeutiques

La voix de la communauté n'était pas particulièrement claire en ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques. La majorité a cité des itinéraires thérapeutiques mixtes, incluant les soins traditionnels et le recours aux soins pour les enfants dans les PS.

Une partie des répondants a signalé qu'en cas de maladie, les tradipraticiens sont consultés d'abord et le centre de santé suit seulement si le premier recours échoue.

« La bouillie est donné et on donne les vitamines. Je vais aussi au PS/CS après avoir pesé les enfants, on lui donne des sachets, la bouillie. »

(Mère de la communauté, Verdouss)

« On doit forcément amener l'enfant au PS pour le faire soigner, mais ça existe ici des traitements traditionnels où l'on utilise des feuilles d'arbres que l'on appelle Tekfit, Sederre, ou Eiche et même avec de la gomme arabique mélangée avec du lait avant d'aller au PS. »

(Leader communautaire, Guenni)

En ce qui concerne le traitement traditionnel utilisé, il y avait plusieurs options citées, tel que le Marabout, le médecin traditionnel ou le guérisseur traditionnel, utilisation des herbes ou thés, utilisation des bouillies, aliments ou mélanges de lait, ou les soins traditionnels dans le ménage. La raison principale comprise envers les entretiens pour choisir de visiter ou utiliser les moyens traditionnels a été les coûts d'opportunités élevées pour se rendre au CS/PS pour les soins, ainsi le manque de transport ou charrettes pour s'y rendre.

« Pour décrire ces maladies, je fais des examens traditionnels au avec le chapelet ou autre pour voir ce qu'il y a. Pour le marasme, l'enfant mange beaucoup de sel et marche sous le soleil, ou beaucoup d'huile et marche sous le soleil si non, boit de l'eau chaude et joue sous le soleil. J'ai eu le même cas chez moi, c'est mon enfant. Je l'ai soigné par la gomme arabique (2 façons de gomme arabique, qu'on mélange avec l'eau et un verset coranique) l'enfant boit régulièrement jusqu'à guérison. Pour la Kwashiorkor, on chauffe le lait que l'on mélange avec une feuille d'arbre et un verset coranique et il se traite avec. »

(Guérisseur traditionnel, Dubaï)

« Mettre de l'eau et du Taghye dans une théière puis chauffer, ensuite laisser refroidir un peu et donner à l'enfant de temps en temps ou bien avec le Diakhatou et en général, c'est comme ça on fait. Si c'est possible on peut aller au CSK (PS) aussi, mais il y a un problème de pauvreté. »

(Mère de la communauté, Kreikit/Atchane)

« Donne du lait de chèvre et de l'huile, sinon après 4 mois on donne du lait crémé ('Roub'). »

(Mère de la communauté, Chalkha El Bewa)

« On utilise le Shorgo en le pliant, on y met un peu de viande avec de l'eau et on le donne à l'enfant. »

(Mère de la communauté, Tchoumbal)

Il va sans dire que l'automédication ou le recours aux tradipraticiens en première intention engendre un référencement tardif au centre de santé qui, entre autres, prolonge la durée du traitement.

« C'est mieux d'amener l'enfant au PS pour savoir de quoi il s'agit. »

(Mère de la communauté, Oum Chegag)

G. PERCEPTION DU PROGRAMME PCIMA

Compréhension locale du programme PCIMA, sa population cible et critères d'admission

Le programme ou 'service' pour la malnutrition au niveau des PS est généralement connu et estimé très favorablement par les accompagnants MAS aussi bien que par les autres informateurs clés. Des 29 répondants pas liés avec le programme, 9 ne connaissent pas le programme. De ceux qui connaissent le programme, ils apprécient son efficacité et le rétablissement rapide des enfants. La majorité des répondants ont indiqué que le traitement est bon, apprécie et satisfaisant.

« C'est efficace pour les enfants qui mangent du sable, parce qu'ils trouvent de Plim Plim, ils arrêtent de manger du sable. »

(Mère de la communauté, Chalkha El Bewa)

« Les enfants comme ça sont presque morts, et dans le PS ils sont guéris avec la main de Dieu. »

(Femme de la communauté, Nezaha)

« Ils disent que c'est bon non seulement les enfants ne pleurent pas de faim et on sent le changement de force, donc il y a un résultat. »

(Leader communautaire, Gevavé 2)

Par contre, la population ne comprend pas que le traitement et les admissions ne sont pas pour tous les enfants référées, ce qui fait qu'il y a souvent des mères découragées par les dépistages et référencement répétitifs, sans jamais être admis. Cela s'explique s'un parti par le fait qu'il n'y a pas, ou très peu, de CRENAM (pour les enfants MAM), alors que tous les enfants MAM et MAS sont référer vers les CRENAS. De l'autre part, ça pourrait être liée avec les mauvais référencement et/ou les mauvais messages de compréhension sur les admissions entre les RC et les accompagnantes des référés.

« Très satisfaisantes, surtout pour les enfants qui sont dans le programme. »

(Accompagnant MAS, Kendra)

BARRIERES ET BOOSTERS

ou facteurs positifs et négatifs ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme PCIMA

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans les moughataas de Kiffa et Barkéol au niveau communautaire. , ils ont été restitués aux membres de la communauté choisis de façon ponctuelle afin de recevoir un retour sur les résultats préliminaires et les « pondérer » en fonction de leur importance pour la population locale. La pondération est le total des « votes » (avec les poids de 1 à 5) des participants avec la moyenne entre parenthèses. (Pendant l'atelier/restitution communautaire, seules les barrières ont été abordées dû au manque de temps pour discuter des facilitateurs/boosters.)

Barrières Communautaires	Poids BBQ Communauté
Distance et coûts d'opportunité	52 (4)
Rupture du stock occasionnel	58 (4,5)
Méconnaissance de la malnutrition	57 (4)
Méconnaissance du programme	57 (4)
Occupation des accompagnants	41 (4)
Itinéraires thérapeutiques	37 (3)
Taux d'abandons élevés	31 (2)



Du côté positif, les accompagnants ont mentionné qu'ils ont amené leurs enfants au CRENAS pour plusieurs raisons, ainsi avec l'appui des relais communautaire, ils ont reconnu les signes de la maladie/malnutrition, ils ont connu d'autres enfants déjà admis dans le programme ou guéris ou ils sont venus pour les vaccinations régulières et ont été dépistés en même temps. Les points positifs du programme incluent la gratuité des soins, la disponibilité des intrants, un bon accueil, et les sensibilisations.

Pendant les discussions avec la communauté, certaines **insuffisances dans la qualité du service PCIMA** ont été soulevées et nécessitent que les démarches adéquates soient entamées. Les personnes interrogées ont signalé que certains personnels (soignant ou accueil) ne sont pas formés, ce qui peut entraîner des insuffisances lors de la consultation médicale. Souvent, le temps de consultation ne paraissait pas suffisant, si l'on tient compte de l'importance de la sensibilisation des accompagnants sur les aspects clés de la malnutrition à cette occasion. D'ailleurs, ni la sensibilisation, ni les dépistages, ne sont systématiques et régulières dans tous les centres de santé concernés. Certaines structures sanitaires ont été aussi épinglées pour leur mauvais accueil, le dépistage non-intégré à la consultation médicale (dépistage systématique), la mauvaise prise des mesures anthropométriques, et la manque d'implication des ICP les jours de CRENAS. Dans ces cas, les insuffisances dans la qualité du service PCIMA a été régulièrement juxtaposée avec la démotivation du personnel soignant dû à l'insuffisance d'une enveloppe de soutien.

Du côté des accompagnants, la non-disponibilité des motivations pour se rendre au PS pour les traitements (tels que les savons ou moustiquaires) a été mentionné comme un facteur se reflétant négativement sur la qualité du programme et/ou la « durabilité » de la guérison.

« Il est préférable de donner plus de motivation pour les mères des enfants malnutris et le personnel aussi pour mieux les encadrer. »

(Accompagnant MAS, Kiffa)

Les cas d'abandons sont un problème dans la zone d'étude, surtout pendant la période de soudure et saison pluvieuse. Les raisons d'abandons sont provoquées principalement par les **barrières géographiques**, telles que la mauvaise accessibilité dans la zone pendant la saison d'hivernage (la saison pluvieuse) et/ou le coût de transport élevé. Pendant ce temps de l'année, il y a les grands déplacements de la population, soit par exode vers les grandes villes, ou les mouvements de transhumances et nomades. Ces mêmes barrières jouent sur la motivation des accompagnants des enfants MAS à entamer le traitement au centre de santé aussi bien que sur la capacité des personnels à sensibiliser les populations sur la malnutrition ou l'existence même du service.

« Les enfants ont abandonné parce que les mères disent qu'elles n'ont pas de temps. »

(Accompagnant MAS, Tchoumbal)

« Oui, les parents ignorent les traitements et d'autres se sont déplacé. »

(Relais communautaire, PK 70)

Il a été noté que certains peuples sèvent leurs enfants lors d'une nouvelle grossesse, jettent le colostrum perçu comme mauvais lait ou préparent des repas non-équilibrés par manque d'aliments diversifié.

H. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Réseaux des bénévoles (couverture, capacité, aptitude)

Les moughataas de Kiffa et Barkéol disposent d'un réseau de **relais communautaires (RC)** en partenariat avec cinq ONG locales dans la mise en place et supervision des RC ; qui couvre, 101 et 134 RC dans les villages de Kiffa et Barkéol respectivement. Tant qu'il existe des localités où les RC ne sont pas présents et/ou actifs, cela conduit naturellement aux insuffisances ou même à l'absence du dépistage et de la sensibilisation.

« Les gens dans les villages avec RC sont sensibilisés sur les CRENAS/CRENI, mais sans RC, ça dépend s'ils ont entendu les messages dans un autre sens. »

(Membre d'ONG locale, Kiffa)

L'implication des RC dépend de leur motivation (financière, matérielle ou autre) aussi que de la supervision des ONG locales, qui sont responsable pour leur développement en lien avec TDH-IT. En général, les RC se sentent très fière dans leurs travaux, citant qu'ils se sentent contents en faisant leur activités et par le fait qu'ils sont aussi appuyés par les supervisions.

« Très fière de ce travail, j'aide ma communauté et les responsables de demain qui sont les enfants. »

(Relais communautaire, PK 70)

« Je suis très contente de faire ce travail qui aide dans ma communauté et ma nation. »

(Relais communautaire, Massah)

Leur niveau de formation varie considérablement. Le premier groupe des RC (appelé zone A) a été formé en 2015, les nouveaux RC (Zone B) vers la fin de 2015. Les premiers relais de zone A ont plus d'expérience et ils ont déjà participé aux plusieurs formations par TDH-IT et les ONG locales, lors que les autres de zone B viennent d'être recrutés en octobre 2015 et ils ont participés à seulement une formation officiellement et après lors des supervisions des superviseurs des ONG locales. En général, les RC sont contents de leurs formations.

« Oui, j'ai reçu la formation depuis 3 mois 1 fois. C'est bien, parce que je comprends bien maintenant. »

(Relais communautaire, Wadroda)

Dépistage actif & passif (acteurs, outils, fréquence, planification et suivi)

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'unique acteur du dépistage/référencement régulièrement actif à Kiffa et Barkéol, complémenté par le dépistage passif de tous les enfants <5 ans lors des consultations médicales au centre de santé et les dépistages événementiels pendant les distributions des autres acteurs ONG ou pendant les campagnes de vaccination.

Lors de référencement, les relais communautaires distribuent les coupons de référencement et demandent aux accompagnants d'organiser un déplacement au CS/PS. Un doublon de coupon est sensé être livré au CS/PS concerné afin de contrôler l'inscription de l'enfant dans le programme, mais cela n'a pas pu être confirmé, ni systématiquement effectué. Au cas où l'enfant ne se présente pas, l'ICP devrait notifier le relais communautaire qui effectue une visite à domicile afin de motiver les accompagnants de commencer le traitement.

La régularité et la systématisation du dépistage dépendent fortement des supervisions effectuées par les ONG locales avec les RC pour assurer la planification des dépistages et la collecte des données. Les dépistages sont effectués chaque 2 mois, assurant une commutation entre zone A et zone B chaque fois.

Les rejets des enfants référés par les RC a été difficile à mesurer, tant que les référencement ne sont pas indiqués dans les registres ou les fiches de suivi des enfants admis dans les CS/PS. En même temps, les rejets des enfants référés MAM sont fréquents, car ils ne sont pas pris en charge par le programme PCIMA – il n'y a pas de CRENAM. Ceci n'exclut pas leur inscription lors d'une détérioration de l'état de l'enfant, et sujet au fait que l'accompagnant comprenne le fonctionnement du programme et ne se sente pas découragé par le rejet précédent.

« Dès fois elles (les mères) nous fuient quand je viens faire le dépistage. »

(Relais communautaire, Sonader)

« Bonne collaboration avec la communauté et PS parce que je suis tous le temps avec la communauté. »

(Relais communautaire, Nezaha)

Sensibilisation (acteurs, thèmes, outils, fréquence, variété, planification et suivi)

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'acteur principal de la sensibilisation à Kiffa et Barkéol. A part des supervisions effectués par les ONG locales, appuyer par TDH-IT, le réseau n'est soutenu que légèrement par le personnel soignant (ICP et bénévoles), qui assistent aux activités selon leur disponibilité et conviction. Parmi eux, les chefs de village et les autorités religieuses exercent une influence importante dans le domaine d'opinion mais leur implication dans la sensibilisation est rare et sporadique. La radio et télévision ont été aussi citées comme un moyen d'entendre les messages sur la malnutrition.

« Les gens sont venus qu'une fois pour faire peser les enfants et parler de la malnutrition. »

(Femme de la communauté, Nezaha)

« Dans le CS je laisse la sage femme faire pour les femmes (je suis un homme) - j'assiste pour les autres sujets de moustiquaire, hygiène, etc. »

(Membre d'ONG locale, Ghadima)

Les thèmes abordés pendant les séances de sensibilisation (avec l'outil de flip-chart) inclus: malnutrition (signes et conséquences), prévention, prise en charge, groupes d'aliments, hygiène alimentaire, allaitement maternel, ANJE, supplémentation en vitamine A.

« On assure les sensibilisations sur les 11 sujets nécessaires pour la bonne alimentation de l'enfant, comme détermine par le flip-chart. »

(ONG locale, Kiffa)

Les cibles des séances de sensibilisation sont les femmes enceintes/allaitantes et/ou les femmes en général en tant que nourrices des enfants. Vu leur rôle et pouvoir décisionnel les hommes pourraient être aussi invités mais leur présence n'est pas si fréquente (indiqué à 15% de participation, mais pas vérifié). En même temps, les RC sont majoritairement les femmes (98%) – ce qui pourrait rendre difficile la communication entre les deux types d'interlocuteurs. Les tradipraticiens ne sont pas également ciblés.

« Bon! La sensibilisation telle qu'elle est c'est important parce que ça réveille les gens et ça leur donne des informations intelligibles et fructueuses pour l'avenir. »

(Guérisseur traditionnel, Dubai)

En ce qui concerne la fréquence des séances de sensibilisation, les réponses ont varié entre une fois par semaine et une fois chaque deux mois, tout dépendant de la volonté du relais communautaire et de l'implication du personnel soignant. Les thèmes cités couvrent la vaccination, la malnutrition, eau, assainissement et hygiène ainsi que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La sensibilisation est indiquée d'être organisée par certains RC en masse (pendant les événements comme les mariages ou baptêmes), ou les groupes de 10 à 15 participants ou porte-à-porte. D'autres formats ou lieux de rassemblement ne sont pas connus.



ANNEXE 6

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES D'ENQUETES D'ETAPES 2 ET 3

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

Moughatta: _____ Poste de santé: _____
 Village: _____ Ethnie: _____
 Équipe: _____ Date: _____ le _____ 2016
 [☐ Enfant en voie de guérison]

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

☐ Oui → Q5 ☐ Non → Q2

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

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3

3. Pourquoi est-il retourné au programme?

☐ 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 PCIMA?

☐ Oui a¹. Combien? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ Non

5. Pourquoi avez-vous décidé d'inscrire votre enfant au programme PCIMA?

(NB : cochez plusieurs réponses)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ 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 _____ | <ul style="list-style-type: none"> ☐ 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 du relais 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

Commentaires:

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

Moughatta: _____

Poste de santé: _____

Village: _____

Ethnie: _____

Équipe: _____

Date: _____ le _____ 2016

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

☐ Oui ☐ Non → Q4

1a. De quelle(s) symptôme(s) souffre(nt) votre enfant ? (NB : cochez plusieurs réponses)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 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 ? (NB : cochez plusieurs réponses)

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

1c. Comment avez-vous essayé de traiter cette maladie ou comment allez-vous la traiter ? (NB : cochez plusieurs réponses)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ 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 CdS où ils traitent la malnutrition ? Que savez-vous de ce service?

☐ Oui, _____ ☐ Non → STOP

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

(NB : cochez plusieurs réponses)

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



4. Est-ce que votre enfant a-t-il déjà été inscrit dans le programme de la prise en charge de la malnutrition au CdS (CRENAS/CRENAM/CRENI) ?

☐ Oui ☐ Non → **STOP**

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

☐ a. Abandon	☐ a ¹ . Quand? _____	☐ a ² . Pourquoi? _____
☐ b. Enfant déchargé guéri	☐ b ¹ . Quand? _____	
☐ c. Enfant déchargé non-guéri	☐ c ¹ . Quand? _____	☐ c ² . Pourquoi? _____
☐ d. Autre raison, spécifiez: _____		

STOP

Remerciez le parent

Commentaires:



ANNEXE 7

ANNEXE 7 : PLANNING DES EQUIPES SUR LE TERRAIN

ETAPE 2

EQUIPE 1	J1	J2
Moughatta Barkéol	Départ à Berkeol – PS Guidimballa	Départ à PS Galoulé
	Enquête : Village Guidimballa 3	Enquête : Village Galoulé 1
	Passé la nuit	Enquête : Village Galoulé 2
EQUIPE 2	J1	J2
Moughatta Barkéol	Départ à Berkeol – PS Boularath 1	Départ à PS Berkeol
	Enquête : Village Elzaatar	Entretien Mère/Père : Village >10km
	Enquête : Village Tevrage Zeina	Entretien Mère/Père : Village <10km
	Passé la nuit	Retour Kiffa
EQUIPE 3	J1	J2
Moughatta Barkéol	Départ à Berkeol – PS Leibheir	Départ à PS Boularath 1
	Enquête : Village Gatawaty	Enquête : Village BedLahmar 1
	Enquête : Village Helyayah	Retour Kiffa
	Passé la nuit	
EQUIPE 4	J1	J2
Moughatta Barkéol	Départ à Berkeol – PS Daghevgh	Départ à PS Daghevgh
	Enquête : Village Hel Bayde	Enquête : Village Hel Bouseyfe
	Enquête : Village Debay Deybin	Retour Kiffa
	Passé la nuit	
EQUIPE 5	J1	J2
Moughatta Kiffa	Départ à – PS Aghorat	Départ à – PS PK70
	Enquête : Village Mageleila	Enquête : Village PK 1
	Enquête : Village Dakleta Dembe	Enquête : Village PK 2
	Retour Kiffa	Retour Kiffa
EQUIPE 6	J1	J2
Moughatta Kiffa	Départ à – PS Amredjel	Départ à – PS Kendra
	Enquête : Village Lekeize	Enquête : Village Hay Saada
	Enquête : Village Mekanet	Enquête : Village Teissan
	Retour Kiffa	Départ à – PS Chiva
		Enquête : Village Chiva
		Retour Kiffa

ETAPE 3

EQUIPE 1	Laweissi = 2 villages Leibheir = 6 villages			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – Commune Laweissi	Départ à Commune Leibheir	Commune Leibheir	Commune Leibheir
	Enquête : 2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 1-2 Village
	Echelkha Eweinee	Bed Lahmar	Eguerjett Ehel Yaye	
Mohammed Cheikh	Ehel Kewal	Dakhlett Leazayeze	Oum Sedigh Hachem	
		Ehel M'baye Yorou**	Kharem Ehel Sett	
Hamed Mahmoud	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa
EQUIPE 2	Laweissi = 8 villages			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – Commune Laweissi	Commune Laweissi	Commune Laweissi	Commune Laweissi
	Enquête : 1-2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 1-2 Village
	Barise	Egde Bellahi	El Hergue	
Hadiya Yemeni	Gleilett Ehel Ennewbee	Lembeidie	Ehel Enew**	
	Namouss	Verea Leechouche		
Diop Mamadou	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa
EQUIPE 3	El Ghabra = 8 villages Boularath = 1 village			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – Commune El Ghabra	Commune El Ghabra	Commune El Ghabra	Départ à Commune Boularath
	Enquête : 1-2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 1 Village
Vogani Mbodj	Bameiree El Merderssa	Errahlee	Boularath 2	
	Ehel Amar	Ehel Mohammed M'Bareck**		
Ali Adama Ndiaye	El Bezoule 1	Iguifane		
	Oudey Enness	Ehel Aley		
Babe Sidati	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa
EQUIPE 4	R'Dheidhie = 4 villages Boularath = 6 villages			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – R'Dheidhie	Commune R'Dheidhie	Départ à Commune Boularath	Commune Boularath
	Enquête : 1-2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 1 Village
Adama Ngom	Bou Sreiwil 2	Ehel Sweidy	Chelkhett Aichee 2	Ehel Tioudee**
	HseyGhal	Eregthane Ennezahee	Ehel Mady	Oudey Enness
Alioune Mohamed			Tioubal El Mantigha	
			Verea Talhayee	
	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa



EQUIPE 5	Gueller = 5 villages Berkeol = 5 villages			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – Gueller	Commune Gueller	Départ à Commune Berkeol	Commune Berkeol
	Enquête : 1-2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 1 Village
Fatimetou Cheikh	Gueller* Maham Bewbee Ehsey Abar Magha Verea Line		Senhoury Edebaye Merzourgue Edebaye Ehel Mahmoud Tahayett Leaweissiyat Chelkhett Boubacar**	
Boyba Mohamed				
Mahfout Mahfout	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa
EQUIPE 6	Daghvegh = 8 villages Berkeol = 2 villages			
	J1	J2	J3	J4
Moughatta Berkeol	Départ à Berkeol – Daghvagh	Commune Daghvagh	Commune Daghvagh	Départ à Commune Berkeol
	Enquête : 1-2 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2-3 Villages	Enquête : 2 Villages
Mohamed Kane	Boubaghjee Diskee 2 Setta Ehel Laghdal Wel Kebi** Greiguel Ehel Babee Wel Meiled Ehel Dembee Aley Erredess Ettijaniyee			Lembramkee Edebaye Barkeol- Lebyadh
Fatimetou Djop				
Ahmedou Ndiaye	Passé la nuit	Passé la nuit	Passé la nuit	Retour à Kiffa

** A prendre qu'une des quartiers de cette village à enquêter – à discuter avec le chef de village

**Ce village indiquer avec les étoiles est un petit village, SVP enquêter ce village ET le village la plus proche/voisinée ensemble.

ANNEXE 8

ANNEXE 8 : MANUE DE TERRAIN - SQUEAC ET ETUDE COMMUNAUTAIRE MANUEL DE TERRAIN ETAPE 2 et 3

SQUEAC MAURITANIE – JANVIER 2016

A. CHECKLIST TERRAIN – VERIFICATION QUOTIDIENNE PAR EQUIPE

A préparer la VEILLE du départ !!

	Item	Quantité à Assuré
1	Cahier de notes	2 unités
2	Stylos	2 unités
3	Pochette en plastique	2 unités
4	Questionnaire des Cas Couverts	10 copies
5	Questionnaire des Cas Non-Couverts	10 copies
6	Feuille de Dépistage MAM et MAS	4 copies de chaque
7	Manuel de terrain SQUEAC	2 copies
8	MUAC (ne jamais plier !!!)	4 unités
9	Fiches de Références MAM et MAS	7 coupons
10	De l'eau + à manger	Selon vos besoins
11	Téléphone chargé avec crédit	1 chacun
12	Liste des villages à visiter + carte du région	1 copie
13	Nom et numéro de téléphone du chauffeur	Selon vos besoins

NB – Si votre équipe part sur le terrain pour plusieurs jours, il faut assurer une quantité SUFFISANTE de CHACUN des formulaires pour couvrir TOUS les villages sur votre liste par jour.

(Exemple : si tu pars pour 2 jours, il en faut 20 copies des questionnaires des cas couverts et 20 copies des questionnaires des cas non-couverts)

MERCI et BON COURAGE

Julia WIGHT – Consultante SQUEAC, TdH-IT
(Tél : 43 77 53 04)

Code d'Equipe :

Numéro de Téléphone Superviseur :

Numéro de Téléphone Chauffeur :

B. TERMINOLOGIE PCIMA d'ENQUETE

Mot Clé Enquête	Définition/Description
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue (CRENAS, CRENAM, CRENI)
MAS et MAM	Malnutrition Aigue Sévère et Malnutrition Aigue Modéré
En Voie de Guérison	L'enfant a été admis dans le programme CRENAS comme un enfant avec MAS, et qui est toujours dans le programme avec les mesures de MAM
Sortie Guéri	L'enfant a atteint les critères de sorti du programme PCIMA L'enfant est considérée comme en bonne santé nutritionnel
Sortie Abandon	La mère ou le responsable pour l'enfant a CHOISI de ne pas retourner dans le programme PCIMA pour au moins 2 semaines consécutives
Sortie Non-Répondant	Après trois mois dans le programme sans avoir atteint le poids cible

C. PROCEDURE DE RECHERCHE ACTIVE/ADAPTATIVE DE CAS (RAC)

Chercher la maison du **chef du village** et s'introduire et expliquer les raisons du travail.

1. Demander et noter les limites du village et les campements de nomades rattachés.
2. Demander au chef du village de vous fournir un **informateur clé** que vous avez déjà identifié. Poser la question pour trouver les cas (en utilisant la terminologie du définition de cas).
3. Poser la question pour trouver les enfants qui sont malades et donc qui pourrait être souffrant de la malnutrition (utiliser la définition de cas et commencer à faire une liste des noms des possibles enfants et parents

DEFINITION DE CAS :

Les enfants de 6-59 mois qui sont malades – surtout avec fièvre/diarrhées, qui ont récemment visité un poste de santé, qui sont gonflés, très maigre, ont un manque d'appétit, ont une perte de poids récent ou qui sont dans un programme de PCIMA (qui mangent l'ATPE)

4. Aller dans la première maison où il y a un cas potentiel.



5. Vérifier si l'enfant est âgé de 6 à 59 mois (i.e. demande dans quelle saison l'enfant a été né)
6. Expliquer la raison de l'enquête (vérifier la bonne croissance des enfants)
7. Expliquer ce que vous allez faire (mesurer l'enfant)
8. Vérifier la présence d'œdèmes.
9. Prendre le PB.



Est-ce que l'enfant présente un œdème bilatéral ou le PB qui est < 115 mm ?

OUI ↙

↘ NON

Cas MAS actuel = MAS

- Est-ce que l'enfant est dans un programme de PCIMA ?
- Demander de voir le sachet de l'ATPE ET le carnet de santé

PAS un cas MAS actuel = MAM ou MAS en voie de guérison

- **SI MAM** : Est-ce que l'enfant est dans un programme de PCIMA CRENAM? (vérifier carnet et sachets) **Si non = référé**
- **SI En voie Guérison** : continuer avec OUI ci-dessous

OUI ↙

↘ NON

↘ OUI

Cas COUVERT MAS

- Compléter la fiche de collecte de données MAS
- Faire le questionnaire pour les **cas MAS couvert**
- Remercier la mère
- Poser la question pour trouver les cas MAS (recherche adaptative)

Cas NON-COUVERT MAS

- Compléter la fiche de collecte de données
- Faire le questionnaire pour les **cas MAS non couvert**
- Référer l'enfant au CdS
- Remercier la mère
- Poser la question pour trouver les cas MAS (recherche adaptative)

Enfant en VOIE de GUERISON

- Compléter la fiche de collecte de données
- Faire le questionnaire pour les **cas MAS couvert**
- Remercier la mère
- Poser la question pour trouver les cas MAS (recherche adaptative)

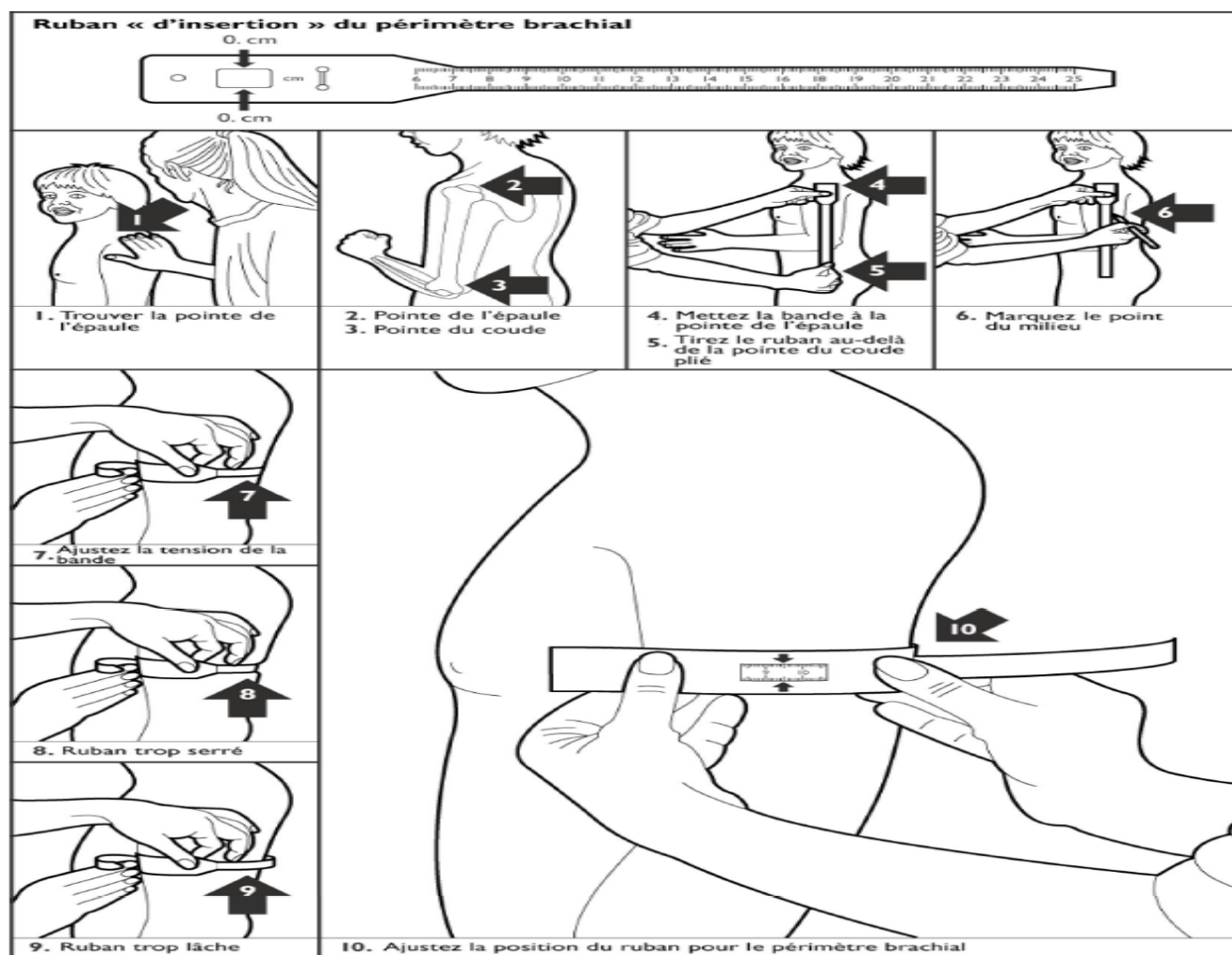
NB : Si il n'y a pas les deux preuves de cas couverts, alors seulement le carnet ou le Plumpy Nut a été vérifié, SVP compléter quand même le **questionnaire des cas COUVERTS** et écrivez le nom de l'enfant sur ce questionnaire

D. MESURES ANTHROPOMETRIQUE

PRISE DES OEDEMES

1. Faire le test sur les deux pieds puis les 2 jambes en même temps
2. Appuyer avec les pouces sur le dessus des pieds ou au niveau du tibia.
3. Garder la pression pendant environ trois secondes en comptant doucement: « mille-et-un, mille-et-deux, mille-et-trois »
4. S'il y a œdème, une empreinte restera pendant quelques secondes sur les zones appuyées (signe de godet)
5. Indiquer la mesure résultant sur la fiche de collecte de données MAS ou MAM/En Santé

PRISE DU PERIMETRE BRACHIAL



Source : How to Weigh and Measure Children : Assessing the Nutritional Status of Young Children, Nations Unies, 1986.

CONSEILS

1. Assurer de ne JAMAIS PLIER le ruban PB (gardez-le toujours dans votre pochette en plastique)
2. Rester calme pendant la prise du PB pour rassurer les enfants
3. Indiquer la mesure résultant sur la fiche de collecte de données MAS ou MAM/En santé



FIN de CHAQUE JOURNEE

1. Vérifier que toutes les informations sont COMPLETS pour CHAQUE village avant de quitter la zone
2. Vérifier que toutes les données sont claires et lisibles – en assurant d'écrire tous les chiffres avec précision
3. Garder les données récolter dans votre dossier plastifier pour le garder propre et pour ne le pas perdre
4. Réviser tous les documents avec le superviseur, si disponible présentement (ou attendre quand vous êtes ensemble)
5. Appeler (ou faire beeper) le superviseur pour indiquer votre progrès

BON COURAGE et MERCI!!!

MANUEL DE TERRAIN

ETAPE 1 et ETUDE COMMUNAUTAIRE

SQUEAC MAURITANIE – JANVIER 2016

A. OBJECTIFS

1. Améliorer la compréhension des contextes et des caractéristiques socio-culturelles des populations concernées par les programmes PCIMA à Kiffa et Berkeol
2. Identifier des facteurs positifs (« boosters ») et des facteurs négatifs (« barrières ») ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture des programmes PCIMA
3. Elaboration des solutions programmatiques adaptées aux réalités du mode de vie

B. METHODOLOGIE

RECHERCHE QUALITATIVE

« Méthode permettant d'acquérir des connaissances précises concernant la réalité sociale et culturelle vécue quotidiennement et vise à déterminer ce qui existe et pourquoi il en est. »

(Maier et Goergen, 1994)

TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

- **Entretiens semi-structurés (ESD)** à questions ouvertes sont des entretiens basés sur l'utilisation d'un guide d'entretien dont on fait varier l'ordre exact et le choix des mots en fonction de la personne interrogée.
- **Discussion de groupe (DdG)** est une discussion collective qui permet de recueillir et d'analyser les « normes », les perceptions collectives ou dominantes dans la population décrite.
- **Observation participante (O)** permet de s'immerger dans le quotidien des personnes et d'observer les pratiques qu'elles n'expriment pas forcément bien oralement (par exemple les pratiques culinaires, organisation des repas, rites thérapeutiques, etc.) ou encore de mesurer l'importance de certaines données: présence importante d'emballages de médicaments, etc.

C. POPULATION CIBLE

- ♦ Femmes/hommes des villages de Kiffa et Berkeol
- ♦ Chef de village, khalifas, damins et/ou autres représentants ♦ Autorités religieuses
- ♦ Guérisseurs traditionnels ♦ Accoucheuses traditionnelles
- ♦ Relais communautaires
- ♦ Personnel des réseaux de communication – radio, télévision, etc.
- ♦ Personnel au centre de santé ♦ Personnel des ONG locales
- ♦ Organisations nationales/internationales en contact lien avec les programmes de nutrition

D. ECHANTILLONAGE

40 – 60 entretiens individuels ou discussions de groupe repartis proportionnellement entre le niveau communautaire et niveau décisionnaire/pouvoir politique

E. GUIDES D'ENTRETIEN (organisés par thèmes)

- ♦ Organisation communautaire ♦ **Transport & déplacement** ♦ Organisation familiale ♦ **Planification familiale** ♦ Grossesse & accouchement ♦ **Allaitement & sevrage** ♦ Pratiques alimentaires ♦ **Recours aux soins / Itinéraires thérapeutiques** ♦ Connaissance de la malnutrition ♦ **Connaissance du service PCIMA** ♦ Sensibilisation & dépistage

F. ASPECTS ETHIQUES

- respect de l'**anonymat** et de la **confidentialité**;
- principe de **non jugement**;
- **libre expression** des personnes;



- **fidélité** des témoignages et opinions exprimés

G. CONSEILS PRATIQUES

Le jour de l'entretien/discussion de groupe

- Contactez les leaders communautaires lors de votre arrivée et expliquez brièvement le but de votre activité. Demandez-leur permission.
- Choisissez soigneusement un lieu pour votre activité. Assurez-vous que vos interlocuteurs soient à l'aise et en sécurité et ne soient pas facilement perturbés.
- Placez-vous face à vos interlocuteurs. Assurez-vous qu'ils peuvent vous voir et entendre facilement.
- Présentez-vous, votre équipe et l'activité. Laissez vos interlocuteurs se présenter. Reconnaissez leur disponibilité, valorisez leur contribution.
- Observez vos interlocuteurs. Prenez conscience de ce qui peut tenir les gens distants et de ce qui pourrait établir de bonnes relations.
- Faites attention aux individus qui restent silencieux. Incluez-les dans la conversation.
- Montrez du respect pour vos interlocuteurs, spécialement les notables. Evitez de les interrompre pendant qu'ils parlent et écoutez attentivement. Reformulez ce qui a été dit pour vérifier que vous comprenez bien.
- Reconnaissez et documentez toutes les contributions. Évitez de démontrer votre opinion et/ou désaccord.
- Remerciez vos interlocuteurs pour leur temps, assistance et hospitalité.

NB : Il faut prendre des notes très détaillés et les réécrire de façon LISIBLE sur les guides d'entretien.

H. CHECKLIST TERRAIN

A préparer la VEILLE du départ !!

Cahier de notes	2 unités
Stylo bleu	2 unités
Pochette en plastique	2 unités
Guides d'entretien	3 unités (selon le planning)
Manuel du terrain Etape 1	2 unités
Bouteilles d'eau + repas	selon besoin

NB¹: Si votre équipe part sur le terrain pour plusieurs jours, il faut assurer une quantité SUFFISANTE des guides d'entretien pour être en mesure de réaliser tous les entretiens semi-directifs et/ou discussions de groupe prévus.

I. FIN DE CHAQUE JOURNEE

- Assurer d'avoir pris des notes pendant votre échange avec informateurs clés, et prenez un moment d'assurer que vous avez noté chaque détail important. Si vos notes ne sont pas lisibles, prenez un moment de les réécrire.
- Vérifiez les en-têtes de vos guides d'entretien; assurez-vous que les informations soient complètes.
- Ajoutez vos observations et commentaires – mais assurez-vous qu'ils ne se mélangent pas avec les déclarations des informateurs clés. Marquez-les clairement « Nos observations et commentaires ».
- Gardez les guides d'entretien jusqu'à votre prochain rencontre avec le superviseur. Lors de votre rencontre, présentez-les guides pour vérification. Le superviseur ensuite assurera leur saisie en électronique et l'envoi pour l'analyse.
- En cas de problème quelconque, appelez votre superviseur.

MERCI et BON COURAGE

Julia WIGHT – Consultante SQUEAC, TdH-IT, Tél : 43 77 53 04



ANNEXE 9

ANNEXE 9 : FICHE DE SUPERVISION

FICHE DE SUPERVISION TERRAIN

Moughatta: _____

Poste de santé: _____

Village: _____

Équipe: _____

Numéro de visite: _____

Date: _____ le _____ 2016

L'informateur clé a été informé sur la définition des cas :

☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS

L'équipe effectue la recherche des cas actifs et adaptives :

☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS

Evaluation du dépistage des œdèmes : (les œdèmes chercher avant le PB ☐ OUI ☐ NON)

- utilise les pouces : ☐ OUI ☐ NON
- dépiste les œdèmes sur les 2 pieds en même temps : ☐ OUI ☐ NON
- pression exercée pas trop forte : ☐ OUI ☐ NON
- compte 1, 2, 3 suffisamment lentement : ☐ OUI ☐ NON
- parle à haute voix le résultat : ☐ OUI ☐ NON

CONSEILLEMENT et CORRECTIONS DONNE: _____

Evaluation de la prise du PB :

- utilise la règle du ruban pour mesurer le bras : ☐ OUI ☐ NON
- utilise les bons repères (épaule et coude) : ☐ OUI ☐ NON
- bras plié pour mesurer le milieu du bras : ☐ OUI ☐ NON
- fait un trait au stylo : ☐ OUI ☐ NON
- bras déplié pour mesurer le PB : ☐ OUI ☐ NON
- parle à haute voix le résultat : ☐ OUI ☐ NON

CONSEILLEMENT et CORRECTIONS DONNE: _____

Evaluation du remplissage des fiches et questionnaires :

- utilise une fiche de Données dépistage par village : ☐ OUI ☐ NON
- vérification du fiche de données dépistage MAS et MAM : ☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS
- vérification des questionnaires cas couverts : ☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS
- méthodologie de travail selon la formation : ☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS

Remarques, observations : (assurez-vous d'indiquer comment vous avez corrigé les erreurs et le type de suivi il faut effectuer avec cette équipe pour minimiser les erreurs)

Signature d'Equipe Visiter : (1) _____ (2) _____ Date : _____