

ENQUÊTE DE COUVERTURE SLEAC

2016

Évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture



« ENQUÊTE DE COUVERTURE SUR LA
SITUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SÉVÈRE
DANS LES MOUGHATTAS DE BOUMDEID, GUEROU, KANKOSSA,
RÉGION DE L'ASSABA EN MAURITANIE »

Ghislaine Grymonprez

Février 2016

REMERCIEMENTS

UNICEF et la consultante s'associent pour adresser leurs remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation :

- Au Ministère de la Santé de la République islamique de Mauritanie, en particulier à la Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (**DSBN**),
- À la Direction Régionale de l'Action Sociale de l'ASSABA (**DRAS**), en particulier à Monsieur Diop Oumar, Chef de service SSP et Monsieur Abdallahi Ould Hamadi, Point Focal Nutrition Régional,
- Aux Responsables santé des Moughatta de **Boumded, Guérou et Kankossa**, en particulier aux **Points Focaux Nutrition**, ainsi qu'au personnel des centres de santé,
- Aux personnels **UNICEF** et aux équipes d'**enquêteurs** pour leur engagement à la réussite de l'évaluation, pour le travail accompli,
- Au PAM, pour son accueil dans ses bureaux, et son soutien moral,
- Aux communautés des villages enquêtés et aux familles des **bénéficiaires** interviewées, pour leur accueil, leur disponibilité et leur collaboration.

Sans oublier les **chauffeurs** sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Enfin, nos remerciements à **World Vision** pour avoir participé à la mise à jour de la liste des villages en lien avec les **médecins chef** et **Points focaux nutrition** de Kankossa et de Guérou ainsi qu'à Ben Allen du **Coverage Monitoring Network** pour sa disponibilité et son support technique tout au long de cette évaluation.

ACRONYMES

AED	Assistance Education
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CMN	Coverage Monitoring Network
CRENI	Centre de REhabilitation Nutritionnelle en Interne
CRENAM	Centre de REhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Modérés
CRENAS	Centre de REhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour les malnutris Sévères
DRAS	Direction Régionale de l'Action Sociale
DSBN	Direction de la Santé de Base et de la Nutrition
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MS	Ministère de la Santé
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PeC	Prise en Charge
SCE	Single Coverage Estimator
SLEAC	Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage
SMART	Standardised Monitoring and Assessment in Relief and Transitions
SQUEAC	Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage

RÉSUMÉ

En février 2016, les moughattas de Boumdeïd, Guérou et Kankossa ont été investiguées afin de déterminer les classifications respectives de leur couverture pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, selon la méthodologie SLEAC. La période étant peu favorable à ce type d'investigation en raison d'un nombre peu important de cas MAS, il a été décidé de maintenir les investigations SLEAC sur les moughattas de Guérou et Kankossa et de mener un dépistage exhaustif sur la moughatta de Boumdeïd. Des difficultés sont apparues par rapport aux listes disponibles pour connaître les villages de chaque aire sanitaire ainsi que leurs démographies. Les villages ou les populations sont très fluctuants dans cette région et il a été très difficile d'obtenir pour chaque moughatta des listes complètement fiables malgré le travail des personnes ressources sur ces sujets.

Les investigations sur **Kankossa** n'ont **pas pu aboutir à une classification de couverture** en raison du nombre d'enfants représentant l'échantillon souhaitable non atteint. Les investigations sur **Guérou** ont montré que cette moughatta a une classification de **couverture modéré** en ce qui concerne la prise en charge de la MAS.

Toutefois, il a été possible de **classifier la malnutrition aigüe modérée** pour ces deux moughattas avec pour résultat une classification **faible** pour la moughatta de **Kankossa** et une classification **modérée** pour la moughatta de **Guérou**.

Le dépistage des enfants de la moughatta de Boumdeïd a aussi été tributaire des migrations temporaires et le nombre des enfants à dépister n'a pas été atteint. Sur 1169 enfants représentant la cible théorique, 832 ont été dépistés. Trois enfants ont été dépistés MAS ; ces enfants n'étaient pas couverts par un traitement. 7 enfants ont été dépistés MAM.

Les investigations ont permis de mettre en évidence quelques barrières à l'accès aux soins et quelques points forts des programmes.

Les principales barrières concernent les connaissances et perception des familles sur la malnutrition, l'insuffisance d'information sur le service de prise en charge, l'insuffisance de dépistage à chaque contact dans les structures sanitaires, l'accessibilité géographique aux soins. A cela s'ajoutent l'insuffisance de remplissage des supports des CRENAS ainsi que la non complétude des données mensuelles de la malnutrition, ne permettant pas d'avoir une analyse fine de la situation. Il est à noter que la moughatta de Boumdeïd a la plupart de ces postes de santé non opérationnels pour la prise en charge de la malnutrition, souvent par manque de personnel stable.

Le principal point positif tient à la présence de relais communautaires dans certains villages ce qui permet un dépistage précoce de la malnutrition, un suivi des enfants et donne la possibilité d'informer les familles. Il semble simplement manquer une coordination entre les acteurs du communautaire, ce volet étant réparti entre plusieurs ministères et services de l'Etat. Il semble mieux organisé entre ONG.

Les recommandations en lien avec ces constats sont de :

- **Améliorer les connaissances** des familles sur les signes d'appel de la malnutrition et ses causes
ET sur la perception de la gravité de la malnutrition
- **Améliorer l'information** sur le service de PeC, son traitement, sa gratuité, ses bénéfices pour la santé de l'enfant
- Veiller à la bonne **application** du protocole national de PeC ET au **reporting** de la malnutrition
- **Améliorer les services de PeC** dans les PS de la moughatta de **Boumdeïd**
- Faire en sorte qu'une majorité des communautés bénéficient des actions d'un **relais communautaire** dans la prévention et le suivi de la malnutrition
- **Rapprocher les soins** des communautés.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ACRONYMES.....	2
RÉSUMÉ	3
SOMMAIRE.....	4
CONTEXTE.....	5
OBJECTIFS.....	7
MÉTHODOLOGIE.....	8
APPROCHE GÉNÉRALE	8
ÉTAPES D'UNE ÉVALUATION SELON LA MÉTHODOLOGIE SLEAC.....	8
ORGANISATION	11
LIMITES	12
RÉSULTATS DES INVESTIGATIONS DANS TROIS MOUGHATTAS DE LA RÉGION DE L'ASSABA ..	12
CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE POUR DEUX MOUGHATTAS	12
RÉSULTATS DE DÉPISTAGES DANS LA MOUGHATTA DE BOUMDEID	20
COUVERTURE GLOBALE.....	22
DISCUSSION.....	22
RECOMMANDATIONS	23
ANNEXES	26
ANNEXE 1: Cartes des districts.....	26
ANNEXE 2 : Liste des participants	27 26
ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME.....	28 27
ANNEXE 4 : Formulaire pour la collecte des données de dépistage SLEAC	29
ANNEXE 5 : Formulaire pour la collecte des données de dépistage dans le DS de Boumdeid	30
ANNEXE 6 : Questionnaire pour les accompagnants des cas couverts	31
ANNEXE 7 : Questionnaire pour les accompagnants des cas non couverts	32

CONTEXTE

LA RÉGION



La région de l'Assaba est située dans le sud du pays, reliée à la capitale, Nouakchott, par la route de l'espoir (environ 600 km). L'Assaba est la 3^{ème} région dans la classification administrative de la Mauritanie et est découpée en cinq moughattas (Kiffa, Barkéol, Boumeid, Guérou et Kankossa) qui regroupent 26 communes.

Kiffa est le chef-lieu de la wilaya de l'Assaba et la 2^{ème} ville du pays en population. L'Assaba est une zone essentiellement agropastorale.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'ensemble de l'Assaba compte environ 325.897 habitants, soit 9,2% de la population nationale et la densité est de 8,9 hab. /km². La démographie de la Wilaya et de ses Moughattas est complexe à déterminer. Même si un recensement a été effectué, les populations sont très mobiles, les villages se font et se défont au gré des périodes de l'année.

Les données qui ont été communiquées par UNICEF pour les besoins de l'enquête de couverture font état d'une population actualisée pour 2015 de :

Moughataas	Nbr de Villages	Pop totale	Enfants de 6 à 59 mois
Boumeid	58	8302	1331
Guérou	67	47050	7542
Kankoussa	476	86502	13866

Sur le terrain, ces chiffres se sont révélés difficiles à exploiter et les listes de villages ont dû être complètement revisitées. Les difficultés viennent non seulement des continuels mouvements de certaines communautés, mais aussi de cette caractéristique où des villages se font et se défont au gré des familles. Si un groupe se déplace, là où il s'installe, un nouveau village est créé avec des populations qui parfois n'atteignent pas la vingtaine de personnes.

SITUATION NUTRITIONNELLE

Selon les résultats préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART menée en juin 2015, La prévalence de malnutrition aigüe sévère (MAS) est de 1,9% au niveau national avec une disparité zonale importante. Les enfants de 6 à 17 mois sont les plus touchés.

En 2015, l'enquête nutritionnelle a eu lieu en période de soudure, avant les distributions de Blanket feeding (contrairement à 2014 où la SMART a suivi une distribution de plumpy dose) et sur la base de mesures anthropométriques de poids/taille.

Pour l'**Assaba**, les résultats préliminaires affichent une **prévalence de la malnutrition aigüe sévère** chez les enfants de 6 à 59 mois et selon l'indice Poids-pour-Taille exprimé en z-score à **3.10% [2.2 – 4.4]** IC 95%.pour un échantillon de 1847 enfants. Plus particulièrement, pour les moughattas de **Guérou et Boumdeid** la prévalence est estimée à **0.9% [0.3 – 3.2]** IC 95%.et pour la moughatta de **Kankossa** à **5.3% [3.3 – 8.4]**.IC 95%. L'inconvénient, par rapport aux résultats, de ces enquêtes de couvertures est que Guérou et Boumdeid étaient jumelés à Kiffa.

En raison de la période de l'évaluation SLEAC et des remarques sur la SMART, les calculs pour l'échantillon souhaitable et le nombre de villages à enquêter s'est basé sur la prévalence basse de la SMART, soit 3.3% pour Kankossa et 0.3% pour Guérou. Par rapport à la période, et suite au constat lors des SQUEAC réalisées par TdH Italie dans les moughattas de Kiffa et de Barkéol, il est apparu que la réalité du moment ne permettait pas d'atteindre l'échantillon souhaitable, à moins de parcourir un trop grand nombre de villages, ce qui n'était ni réaliste, ni réalisable dans le temps imparti. Il a alors été décidé de choisir le meilleur estimateur pour les calculs de couverture, soit le « Single Coverage Estimator » pour les moughatta de Guérou et de Kankossa, ce qui pourrait donner une meilleure représentation de la réalité du moment. Il a aussi été décidé de ne pas mener les investigations dans la Moughatta de Boumdeid. Dans cette moughatta, les investigations SLEAC ont été remplacées par un dépistage exhaustif des 7 aires sanitaires.

ACCÈS AUX SOINS NUTRITIONNELS

Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère est intégrée dans les activités des structures de santé. Le suivi des enfants pris en charge se fait à jour fixe chaque semaine. Dans les moughattas de Guérou et de Kankossa, les activités des jours de prise en charge sont accompagnées par un partenaire (World Vision) via du personnel d'appui (3 volontaires par CRENAS) et via l'accompagnement à la gestion des stocks d'aliments thérapeutiques.

L'UNICEF est partenaire technique et financier de la DRAS dans les activités liées à la prévention et à la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères pour des formations du personnel des structures sanitaires, des supervisions d'activités et pour la mise en place d'équipes mobiles de mars à octobre ou par la fourniture d'intrants nutritionnels et de médicaments pour la Pec de la MAS et d'équipement des structures sanitaires.

Volet communautaire

Le volet communautaire de la PeC de la malnutrition aiguë sévère n'est actuellement pas homogène entre les 3 moughattas ciblées par les investigations. Les trois moughattas bénéficient de l'accompagnement de World Vision ou d'un Consortium d'ONG locales (**Assistance Education (AED)** et **ACTION**). Toutefois ces partenaires ne couvrent pas l'intégralité des moughattas de Boumdeid, Guérou ou Kankossa.

Le consortium AED / ACTION intervient en 2016 dans 170 localités pour les cinq moughattas de la willaya, et en particulier dans 20 localités à Guérou, 16 à Boumdeid, 46 sur Kankossa). Ce nombre a été augmenté par rapport à

2015, et, à cette période, il n'y avait pas de réelle coordination entre les ONG pour la répartition des activités dans les villages. Depuis 2016, les villages ont été répartis entre les acteurs de terrain.

World Vision intervient dans 20 villages de la moughatta de Guérou sur un programme de foyers nutritionnels.

AED et ACTION, travaillent en lien avec la DRAS et les MCD des moughattas pour organiser des dépistages communautaires mensuels dans leurs villages cibles ainsi que le suivi à domicile des enfants MAS. Les ONG rémunèrent les familles pour accompagner leur enfant au CRENAS.

UNICEF intervient au niveau communautaire en finançant les ONG et la DRAS pour les formations des relais communautaires en lien avec les points focaux nutrition et les ICP, en associant les campagnes de dépistages avec les vaccinations, en fournissant les supports pour la promotion des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant.

Le PAM organise des campagnes régulières de Blanket feeding sur une seule des trois moughattas ciblées : Kankossa. Pour les PeC CRENAM, cela se fait au travers des ONG nationales locales.

Avant de commencer les investigations, les termes employés par la communauté ont été répertoriés.

	Hassaniya	Poulaar	Soniké
Plumpy Nut	- Chocolat - Plimplim		
Malnutrition	- M Neghes (diminution) - Diiv (faible) - Wezntou Naghse (poids diminué) - Soue Teghdhiye (Mauvaise alimentation) - Naghse Teghdhiye (Manque d'alimentation)	- Niaw niawto (maladif) - Pothdo (maigre) - Soukabe lefbe (enfant faible) - NGhadere niamde (Manque de nourriture) - Nha koude NGoura Douminde (manque permanent d'alimentation)	- Dullen khadjé ou xaje (maladie de la faim) - Nafaxo mokso bure (alimentation lourde)

OBJECTIFS

- **Former à la méthodologie SLEAC** des représentants du Ministère de la Santé, de la Wilaya de l'Assaba et de l'UNICEF
- **Mener une évaluation** selon la méthodologie SLEAC dans 2 moughattas (**Kankossa et Guérou**)
- Organiser une campagne de **dépistage exhaustif** dans la moughatta de **Boumdeid**
- **Analyser les données** et fournir un **rapport** des investigations.

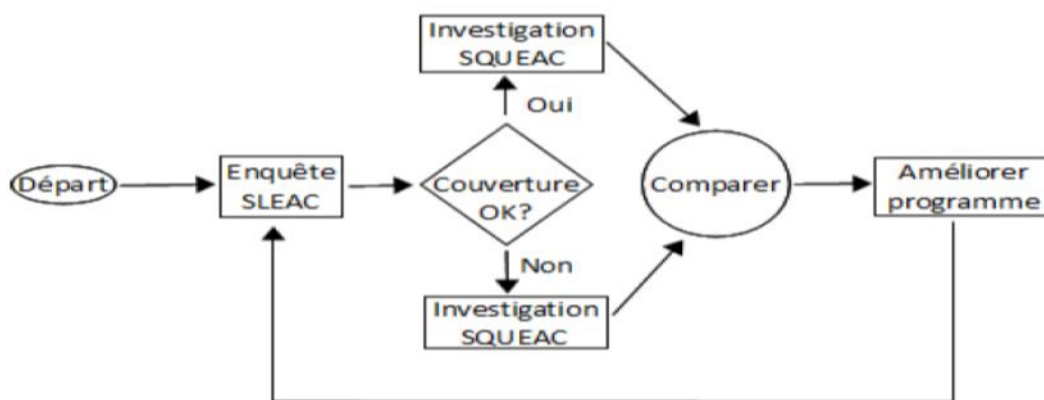
MÉTHODOLOGIE

APPROCHE GÉNÉRALE

La couverture est l'élément principal d'appréciation de l'efficacité d'une intervention. Différentes méthodes, dont SLEAC et SQUEAC ont été développées pour classer ou estimer la couverture des programmes PCIMA et fournir aux programmes des outils pour identifier les barrières à l'accès aux soins, afin d'adapter les actions visant à atteindre une couverture optimale.

La méthode SLEAC est adaptée à l'estimation de couverture régionale tandis que la méthodologie SQUEAC est mieux adaptée aux estimations des districts sanitaires. A l'issue d'une SLEAC, une cartographie de couverture est réalisée.

Les deux méthodes (SLEAC et SQUEAC) peuvent être combinées avec avantage. Dans le cadre d'une combinaison, l'une permet une classification de couverture régionale et une classification par district et apporte quelques informations sur les facteurs influant sur l'accès aux soins, ces informations restant assez sommaires. L'autre, permet de d'enrichir l'évaluation avec une analyse des données du programme, et de compléter les données qualitatives afin de mieux cibler les actions à mener. A noter, que dans le cadre d'une combinaison, la partie SQUEAC concerne un ou plusieurs districts sanitaires pour lesquels on souhaite approfondir la connaissance. Dans cette optique, seule l'étape 1 de la SQUEAC est menée, éventuellement l'étape 2¹. L'étape 3 est réservée aux enquêtes SQUEAC menée sans SLEAC préalable. Dans le cadre d'une combinaison, une SQUEAC est un outil qui peut être adapté à la situation. La décision de mener ou non une SQUEAC en complément d'une SLEAC est décrite dans l'arbre de décision ci-dessous :



ÉTAPES D'UNE ÉVALUATION SELON LA MÉTHODOLOGIE SLEAC

Les deux étapes

☞ Echantillon souhaitable

Une taille d'échantillon cible de 40 cas MAS ($n = 40$) pour chaque moughatta dont la couverture doit être classée est en générale suffisante pour la plupart des applications SLEAC. Dans certains circonstances (Petite moughatta et/ou

¹ SQUEAC se compose de 3 étapes où la 3^{ème} étape permet une estimation chiffrée de la couverture.

prévalence faible), il peut s'avérer difficile, voire impossible de trouver 40 (n = 40) cas. Dans ces cas, il est possible d'employer une taille d'échantillonnage plus petite sans augmenter le risque d'erreur.

Le nombre de cas MAS à rechercher est basé sur une combinaison de la population totale avec le taux des enfants de 6 à 59 mois et la prévalence de la MAS dans le district sanitaire, selon la formule :

$$n = \text{Population totale} \times \frac{\% \text{ des 6 à 59 mois}}{100} \times \frac{\text{Prévalence MAS}}{100}$$

Lorsque la prévalence est basse et que les unités de prestation de services sont petites, un tableau indique la taille de l'échantillon souhaitable.

Nombre total de cas dans l'unité de prestations de services*	Taille d'échantillon cible pour...	
	une norme de 50 %	une norme de 70 % ou des seuils de catégorie de 30 % / 70 %
500	37	33
250	35	32
125	31	29
100	29	26
80	27	26
60	25	25
50	23	22
40	21	19
30	17	18
20	15	15

* Il s'agit d'une estimation du nombre de cas de MAS dans une unité de prestation de services au moment de l'étude

☞ Echantillonnage à deux degrés

- Echantillonnage de premier degré

Il s'agit d'un échantillonnage systématique afin d'obtenir une représentation spatiale suffisamment uniforme de la zone d'intervention complète du programme. Sont utilisés pour cet échantillonnage soit une carte des zones à investiguer, soit une liste des sites de la zone. L'une comme l'autre doivent se rapprocher au plus près de la configuration du moment de la zone explorée.

- Echantillonnage dans la communauté

Il s'agit en général d'une méthode de recherche de cas active et adaptative ou d'une méthode d'échantillonnage par recensement de porte-à-porte. Ces méthodes permettent de trouver tous (ou presque tous) les cas de MAS actuels et en voie de guérison dans un village échantillonné. L'utilisation des mesures anthropométriques (Poids et taille) peut dans certaines situations être ajoutée à la recherche des œdèmes et de la mesure du périmètre brachial.

Le choix du type de classification

Jusqu'à récemment, deux types de mesures, la couverture actuelle et la couverture de la période pouvaient être utilisées pour exprimer les résultats des évaluations de la couverture des programmes nutritionnels :

- La couverture actuelle qui représente le niveau de couverture au moment de l'enquête, elle inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère. Ce calcul suit la formule suivante :

$$\frac{\text{Nb d'enfants MAS actuellement dans le programme}}{\text{Total d'enfants MAS identifiés}}$$

- La couverture de la période qui prend en compte tous les enfants sous traitement au moment de l'enquête, et cela indépendamment de leur état nutritionnel (enfants sévèrement malnutris et enfants en voie de guérison). Ce calcul suit la formule suivante :

$$\frac{\text{Nb d'enfants MAS + Cas en voie de guérison actuellement dans le programme}}{\text{Total d'enfants MAS + Cas en voie de guérison identifiés}}$$

- Au regard des difficultés pour retrouver les échantillons souhaitables, situation se produisant relativement souvent en fonction de la période d'investigation, un nouveau mode de calcul a été initié tenant compte de ce paramètre. Il s'agit de « Single Coverage Estimator ». L'utilisation de Single Coverage permet de corriger sans interférer dans la qualité des résultats.

La formule est alors basée sur les cas couverts (C_{in}), les cas non couverts (C_{out}), les cas en voie de guérison couverts (R_{in}) ou non (R_{out}) (estimation pour ce dernier point). La formule appliquée est la suivante :

$$\text{Single coverage (n)} = \frac{\text{C}_{in} + \text{R}_{in}}{\text{C}_{in} + \text{R}_{in} + \text{C}_{out} + \text{R}_{out}}$$

Ou :

C_{in} = Cas MAS dans le programme (cas couverts)

C_{out} = Cas MAS pas dans le programme (cas non couverts)

R_{in} = Cas en voie de guérison dans le programme

R_{out} = Cas en voie de guérison pas dans le programme

Une seule mesure est généralement utilisée pour le calcul du taux de couverture, le choix du type de couverture utilisé étant guidé par les caractéristiques du programme. Ce calcul de (n) permet de classifier la couverture en utilisant une règle de décision.

La technique de classification LQAS simplifiée produit des classifications *binaires* ou à *deux niveaux*.

Cette méthode peut être élargie ; Trois catégories sont suffisantes pour la plupart des applications SLEAC. Lorsqu'on utilise la stratégie SLEAC / SQUEAC, une méthode de classification à trois niveaux est particulièrement utile pour identifier les unités de prestation de services à couverture très élevée et les unités à couverture très faible afin de les inclure dans les investigations SQUEAC consécutives. Les classifications à trois niveaux exigent deux règles de décision.

La classification se base sur des seuils de décision choisis en fonction du contexte du moment. Ainsi, il a été arrêté d'appliquer les seuils de 20% à 50% pour les deux moughattas.

La règle de décision est créée à l'aide de la formule suivante :

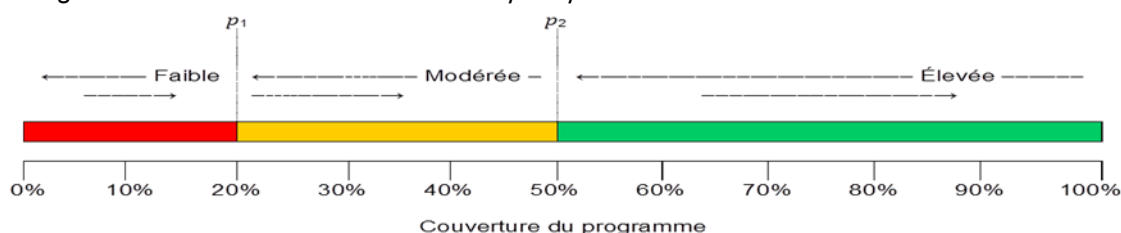
$$d1 = \lfloor n \times p1 \rfloor \quad \text{soit} \quad = \lfloor n \times \frac{20}{100} \rfloor = \lfloor \frac{n}{5} \rfloor$$

et

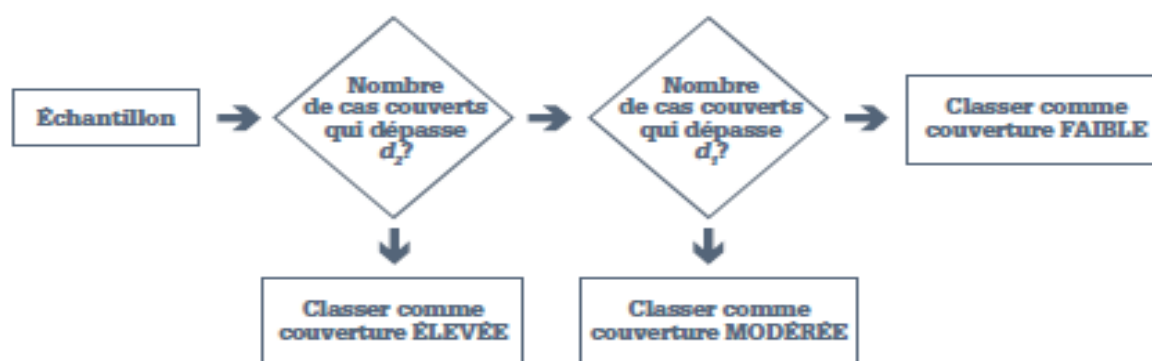
$$d2 = \lfloor n \times p2 \rfloor \quad \text{soit} \quad = \lfloor n \times \frac{50}{100} \rfloor = \lfloor \frac{n}{2} \rfloor$$

Ou :

- n est la taille de l'échantillon obtenu pendant les investigations
- $p1$ est la limite supérieure de la catégorie « couverture faible » soit 20%
- $p2$: la limite inférieure de la catégorie « couverture élevée » soit 50%
- La catégorie « couverture modérée » va de $p1$ à $p2$.



Suite à ces calculs, l'algorithme de décision donne le résultat de la classification pour chaque district sanitaire :



ORGANISATION

- PERSONNES RESSOURCES

La coordination des enquêtes de couverture a été réalisée par la consultante assistée d'un responsable de la DSBN et d'un autre de la DRAS Assaba à Kiffa.

Les points focaux nutrition des moughattas ainsi que 2 consultants UNICEF et 2 personnes de la DSBN ont assuré les supervisions des équipes tout au long des investigations.

18 enquêteurs ont mené les activités de recherche de cas sur les moughattas de Kankossa et de Guérou ou les activités de dépistage sur la moughatta de Boumdeid.

En amont, l'organisation des SLEAC a été effectuée par le bureau nutrition d'UNICEF à Nouakchott en lien avec la DSBN du ministère de la santé.

- FORMATIONS

Deux types de formations ont été proposés :

- une formation destinée aux personnes ressources du Ministère de la Santé (DSBN), de la DRAS et de l'UNICEF sous forme d'atelier de méthodologie SLEAC. Cette formation a eu pour but de donner les connaissances et les outils nécessaires à la reconduction d'enquête identique en autonomie par les acteurs présents

- une formation des enquêteurs en lien direct avec les activités à mener dans le cadre des investigations.

Un pack « formations » incluant les formations et les outils de collecte a été remis à la DRAS et à UNICEF.

- RESTITUTION

Une restitution interne au niveau de l'UNICEF a été réalisée en présence de représentants de la DSBN.

Un document de présentation des résultats a été élaboré et mis à disposition d'UNICEF et du Ministère de la Santé en vue de restituer ces résultats en région Assaba.

LIMITES

Le travail d'évaluation de couverture a été limité par certaines contraintes :

- **La période**, peu favorable à la recherche de cas. Deux points ont affecté les investigations :
 - La prévalence, très basse dans cette période de l'année, avec des enfants heureusement en bonne santé nutritionnelle,
 - Les migrations temporaires, avec certains villages ou certains quartiers vides d'habitants.

Cela s'est concrétisé sur le terrain par l'insuffisance de cas MAS permettant de classer les couvertures de manière fiable, sauf pour Guérou et sauf en ce qui concerne les cas MAM.

- **La non disponibilité de cartographie** fiable (soit carte, soit liste), pour les villes et les villages rattachés aux centres ou aux postes de santé,
- Une indication de la **démographie** peu fiable.

Il a fallu beaucoup de ressources humaines, d'énergie et de temps pour finalement des listes imparfaites, ce qui ne permet pas, avec certitude, d'affirmer que l'ensemble des villages a eu ses chances d'être recruté dans le pas de sondage ; ou que les calculs basés sur la population aient pu être à 100% corrects.

RÉSULTATS DES INVESTIGATIONS DANS TROIS MOUGHATTAS DE LA RÉGION DE L'ASSABA

CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE POUR DEUX MOUGHATTAS

Nombre de cas MAS recherchés et nombre de villages à investiguer

Selon les formules précédemment exposées, le nombre de cas et le nombre de villages à explorer sont inscrits dans le tableau ci-dessous. La prévalence retenue, en fonction de la période où les cas de MAS sont actuellement moins nombreux, est la valeur basse dans les moughattas selon la SMART 2015.

MOUGHATTA	Population totale	% enfants de 6 à 59 mois	Prévalence	Nombre de cas MAS à rechercher	Nombre de villages à enquêter

KANKOSSA	86502	16.03	3.30%	37	17
GUEROU	47050	16.03	0.30%	15	38

Méthodologie appliquée pour la recherche de cas

Au regard des éléments clefs pour la situation nutritionnelle actuelle dans la Wilaya de l'Assaba, dont le faible nombre de cas du moment et bien que la méthode soit inhabituelle au niveau communautaire, il a été choisi de compléter la recherche des œdèmes et la mesure du périmètre brachial par la prise du poids et la mesure de la taille afin de déterminer le Z-score. Bien que ce moyen soit inhabituel au niveau communautaire, cela est apparu une solution pour toucher le plus d'enfants MAS possible. En effet, s'il n'y a pas de doute lorsque l'enfant a un PB inférieur à 115 pour le classer comme cas MAS, il est possible de rencontrer des enfants avec un PB supérieur à 115 et qui s'avèrent des cas MAS à la suite du calcul du Z-score. De plus, le critère P/T est celui qui est privilégié lors de l'admission et pour la sortie du programme. Cette méthodologie a donc été utilisée et tout enfant de 6 à 59 mois avec PB entre 115 et 125 a aussi été pesé et mesuré.

La méthode privilégiée est celle de recherche active et adaptative. On y associe le porte à porte en cas de village de petite population ou parfois, en ville en opérant quartier par quartier (de plus en plus, en ville, il est difficile d'obtenir des informations pour retrouver les cas, dans cette situation, le porte à porte s'impose).

RÉSULTATS DANS LA MOUGHATTA DE KANKOSSA

Echantillon souhaitable	Nombre de cas retrouvés		Enfants MAS couverts par un programme CRENAS	Enfants MAS non couverts par un programme CRENAS	Enfants en voie de guérison
37 cas MAS	5	dont	0	4	1

Parmi les 4 cas MAS non couverts, 2 ont été dépistés sur PB et 2 Sur P/T.

Classification de couverture MAS

Ce résultat ne permet pas de classer la couverture MAS de la moughatta de Kankossa.

Classification de couverture MAM

Cette classification est obtenue en utilisant un calcul basé sur la couverture actuelle.

Nombre de cas MAM		Enfants MAM couverts par un programme CRENAM	Enfants MAM non couverts par un programme CRENAM	Classification de la couverture MAM
-------------------	--	--	--	-------------------------------------

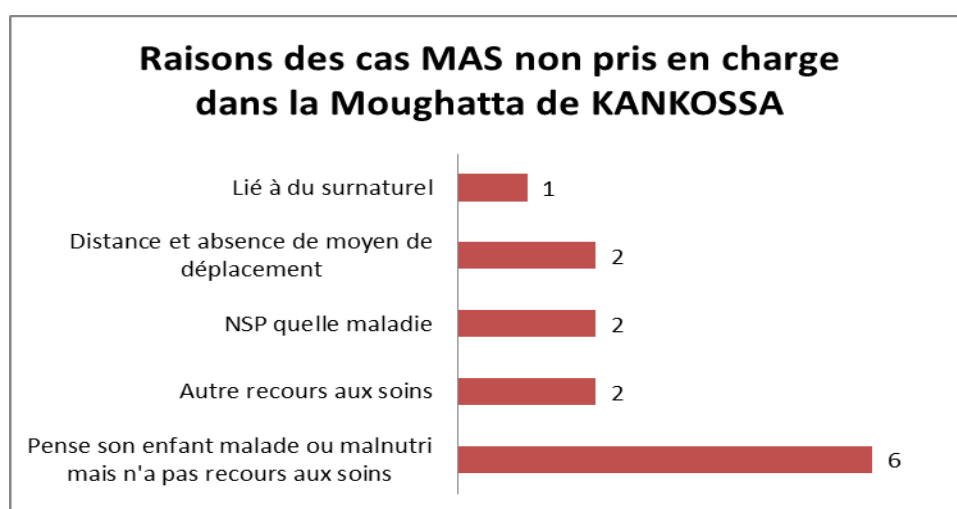
retrouvés				
28	dont	3	25	Faible

Analyse des Cas MAS de Kankossa

Distance au CRENAS des cas MAS NON couverts dans la Moughatta de Kankossa				
	0 à 10 km	10 à 20 km	20 km et +	Total
Distance Cas NON Couverts	0	1	3	4
Distance Cas en voie de guérison	0	0	1	1

Le nombre de cas MAS étant faible, ces résultats sont insuffisants pour une conclusion. Toutefois ils confirment les entretiens dans lesquels le facteur « distance » ressort comme une barrière à l'accessibilité.

L'enfant en voie de guérison pris en charge est à 32 km du Poste de santé et il a bénéficié des passages d'une équipe mobile pour la PeC.



Barrières à l'accès et Points Forts dans la Moughatta de KANKOSSA

Les questionnaires appliqués aux mères des enfants MAS non couverts par un programme au CRENAS ont permis de faire ressortir quelques barrières à l'accès aux soins.

Le constat est que pour plusieurs mamans, bien qu'elles voient leur enfant malade, parfois même, bien qu'elles sachent que leur enfant est malnutri, elles n'ont pas recours aux soins d'un centre ou d'un poste de santé. Pour certaines, l'enfant a déjà été dans un programme et l'enfant est à nouveau malnutri et sans soins. Des familles ont eu recours à d'autres soins auprès de tradithérapeutes. Il a été constaté que des familles ne voient pas les signes de malnutrition chez leur enfant ou ne font pas le lien entre les signes et la maladie.

Les distances, le manque de moyen de déplacement ou de moyens financiers pour les trajets incitent à ne pas aller vers les soins.

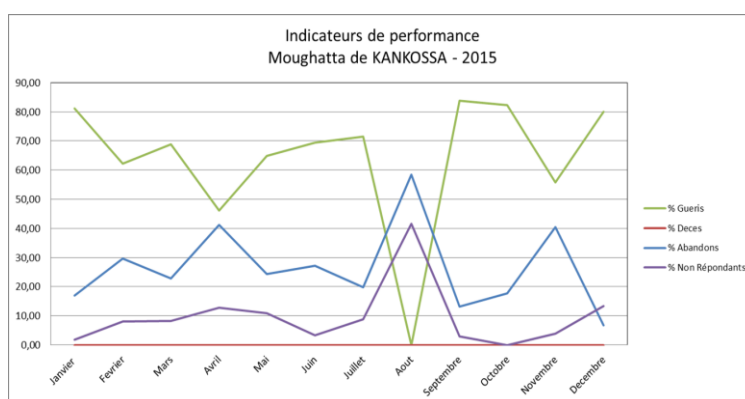
2 personnes parmi les 4 cas MAS non couverts trouvés ne connaissaient pas le service de prise en charge au CRENAS. Des causes surnaturelles ayant provoqué la maladie de leur enfant ont été évoquées par une famille.

Le seul cas pris en charge en voie de guérison ne permet pas de citer des points forts ; ce cas étant par ailleurs un cas d'abandon qui est retourné par la suite au CRENAS et a déjà fait deux rechutes.

Plusieurs ministères et services de l'Etat interviennent au niveau communautaire sans réelle coordination des activités.

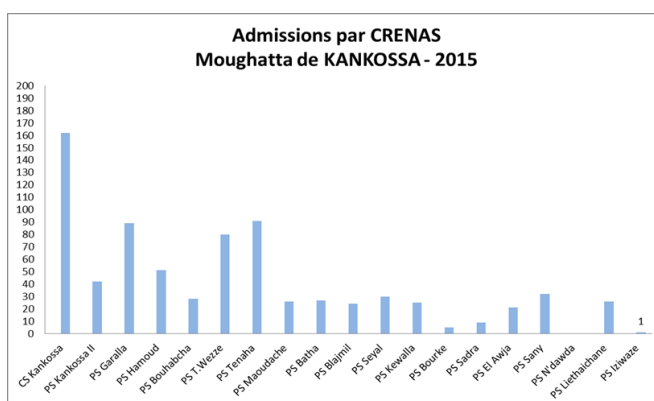
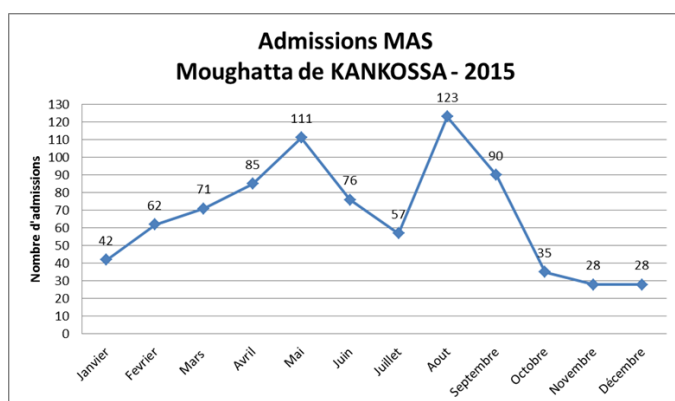
Résultats PROGRAMME

📌 Indicateurs de performance



Août ne connaît que des abandons et des non répondants Des questions à poser sur ces 2 points aux ICP des CRENAS, entre autres, de Blajmil, Tenaha, Sadra, Eithachane ; on verra en suivant quelques infos sur les abandons. Pour les « non répondants » (45 sur l'année), il s'agirait d'une incompréhension pour le remplissage des fiches et registres sur la notion de « non répondant ».

📌 Données des admissions

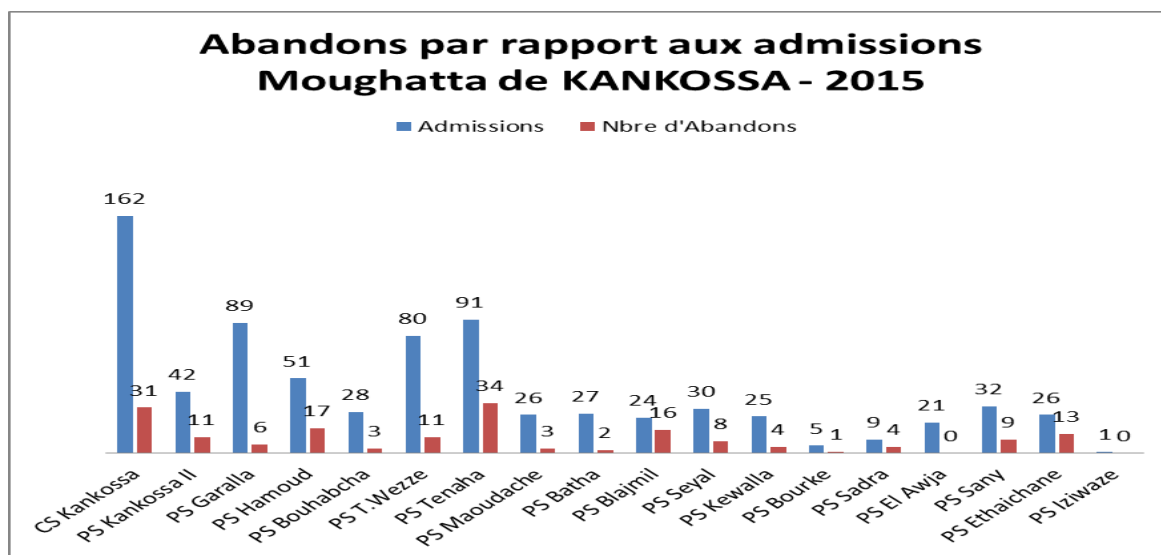


Les pics d'admissions en mai et en août correspondent respectivement à la période de soudure pour mai et à une campagne de dépistage massif pour août, campagne qui a inclut les villages plus largement (à + de 15 km). La chute du nombre des admissions de juillet serait liée à l'absence de certains chefs de poste dans les CS et PS en

raison du Ramadan. La diminution de fin d'année correspond au début de la disponibilité alimentaire (période des récoltes).

Les villages sans ou avec peu d'admissions, seraient des supports non remplis sauf Bourke qui est un PS pour un seul village.

☞ Données des abandons



Les pics d'abandons pour août et novembre correspondent à l'inaccessibilité ou aux migrations. Dans certaines zones, à Blajmil (66% d'abandons) par exemple, les distances sont grandes, l'enfant est amené une ou deux fois puis les familles ne reviennent pas. Pour Tenaha (37%) et pour Eitcheitane (50%), des familles du Mali viennent dans ces CRENAS puis repartent.

Pour Kankossa CS et Kankossa 2, difficile d'expliquer les (respectivement) 20 et 26% d'abandons sans une petite étude car pas de problème d'accessibilité, a priori.

☞ Données des critères d'admission et de durée de séjour des enfants guéris

Peu de données collectées ; Données collectées incomplètes, non exploitables.

Les données ne sont généralement pas disponibles sur les fiches des enfants ou dans les registres des CRENAS.

RÉSULTATS DANS LA MOUGHATTA DE GUEROU

Echantillon souhaitable	Nombre de cas MAS retrouvés	dont	Enfants MAS couverts par un programme CRENAS	Enfants MAS non couverts par un programme CRENAS	Enfants en voie de guérison
cas MAS	18		5	12	1

Parmi les 12 cas MAS non couverts, 5 ont été dépistés par PB et 7 sur P/T.

Classification de couverture MAS

Classification basée sur le calcul de single coverage

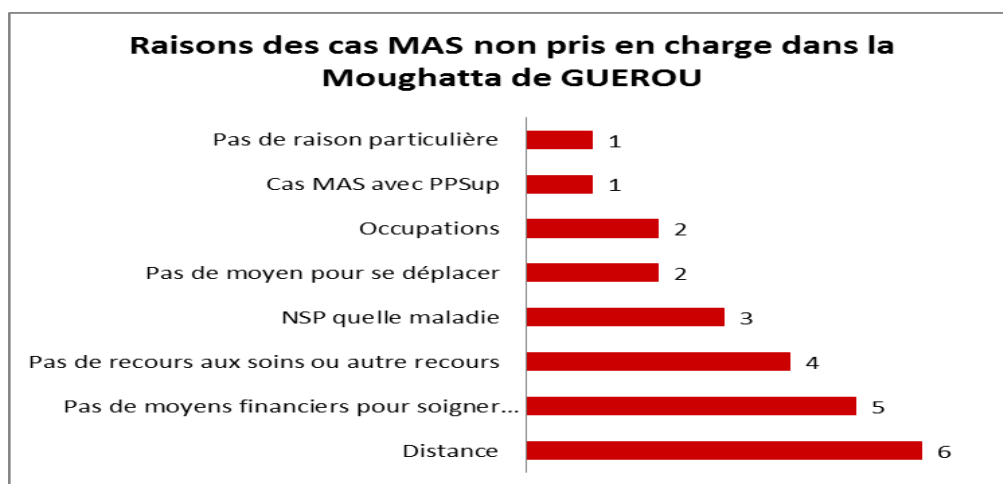
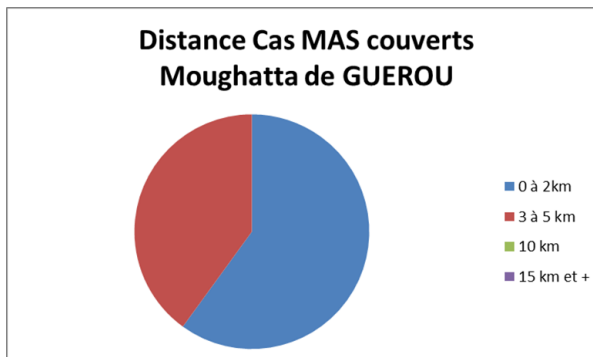
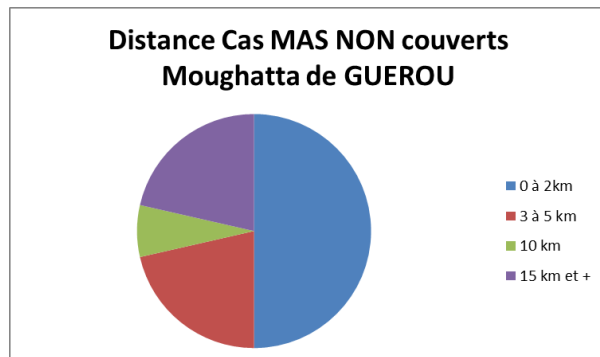
L'échantillon des cas MAS retrouvés sur le terrain permet de classer la couverture de la moughatta de GUEROU avec intervalle de crédibilité fiable.	
La couverture MAS de la moughatta de GUEROU est en classification	Modéré

Classification de couverture MAM

Cette classification est obtenue en utilisant un calcul basé sur la couverture actuelle.

Nombre de cas MAM retrouvés		Enfants MAM couverts par un programme CRENAM	Enfants MAM non couverts par un programme CRENAM	Classification de la couverture MAM
39	dont	14	25	Modéré

Analyse des cas MAS dans la moughatta de Guérou



Barrières à l'accès et Points Forts dans la Moughatta de GUEROU

Les entretiens menés avec les familles des enfants MAS, couverts ou non couverts, donnent quelques informations sur les barrières à l'accès et les points forts dans la moughatta de Guérou.

Barrières à l'accès aux soins

L'information qui ressort le plus souvent est que les mamans constatent des symptômes de la malnutrition mais ne font pas de lien avec cette maladie ou qu'elles voient leur enfant malade et n'ont pas recours aux soins, y compris dans des cas qui ont déjà été soignés au CRENAS précédemment. Des familles ont eu recours à d'autres soins auprès de tradithérapeutes ou sont allés en pharmacie.

Le second point est la question de la distance et du manque de moyen de déplacement ou de moyen financier pour payer le transport. Mais la perception de la distance est relative car des personnes à moins de 5 km du CRENAS trouvent la distance trop grande.

La connaissance du service de prise en charge est insuffisante car, si les personnes interrogées savent qu'il y a un service de prise en charge, la moitié (6 sur 12) ne sait pas vraiment ce qui s'y passe. Les réponses au questionnaire ont aussi révélé que pour les familles qui ont consulté parce que leur enfant avait soit la fièvre, soit des vomissements, soit une toux, il n'y a pas eu de suite donnée par rapport à l'état nutritionnel de l'enfant au cours de la consultation curative. Un enfant n'était pas dans le bon programme (cas MAS recevant du Plumpy Sup).

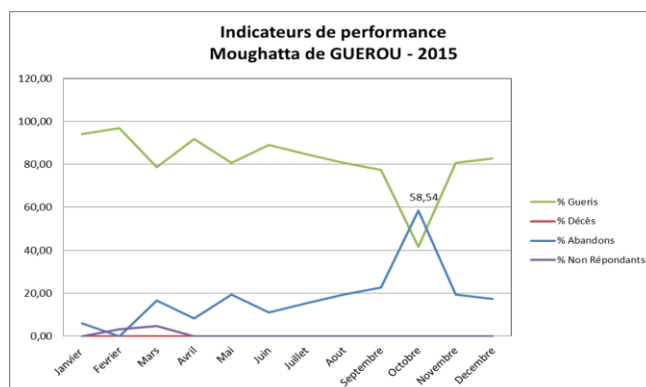
Plusieurs ministères et services de l'Etat interviennent au niveau communautaire sans réelle coordination des activités.

Points forts

Les points forts sont des aspects qui favorisent le recours aux soins. Dans la moughatta de Guérou, les familles ont dit apprécier le programme de prise en charge au travers de son efficacité et de sa gratuité. Les familles proches bénéficient plus facilement de soins et dans ce cas, l'accès facile au PPNut a été cité. Plusieurs enfants étaient des enfants ayant été précédemment traités qui, de ce fait, ont rapidement reconnu les signes et ont eu recours aux soins plus précocement. Plusieurs familles ont eu le soutien de relais communautaires.

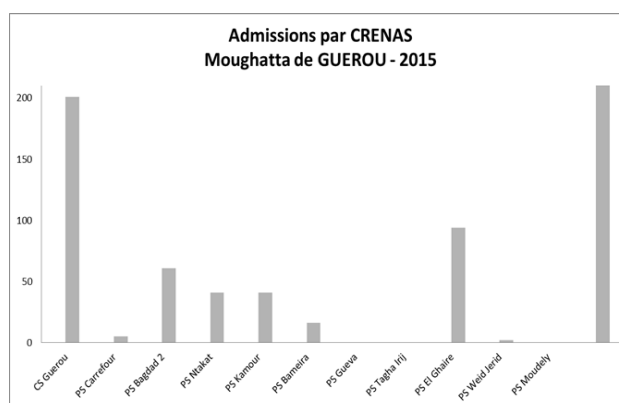
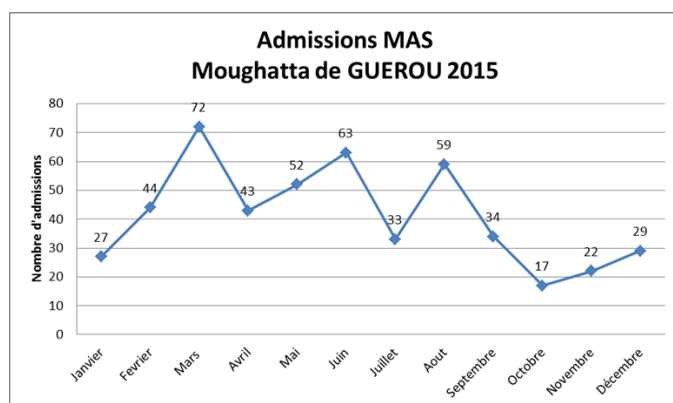
Résultats PROGRAMME

📌 Indicateurs de performance



2 non répondants sur Guérou ; ces enfants ne devraient pas être au niveau CRENAS, mais référés vers le CRENI. Nous n'avons pas eu d'explications sur les pics d'abandons (mars, mai et en particulier pour octobre), car le point focal nutrition est arrivé récemment dans la moughatta.

📌 Données des admissions

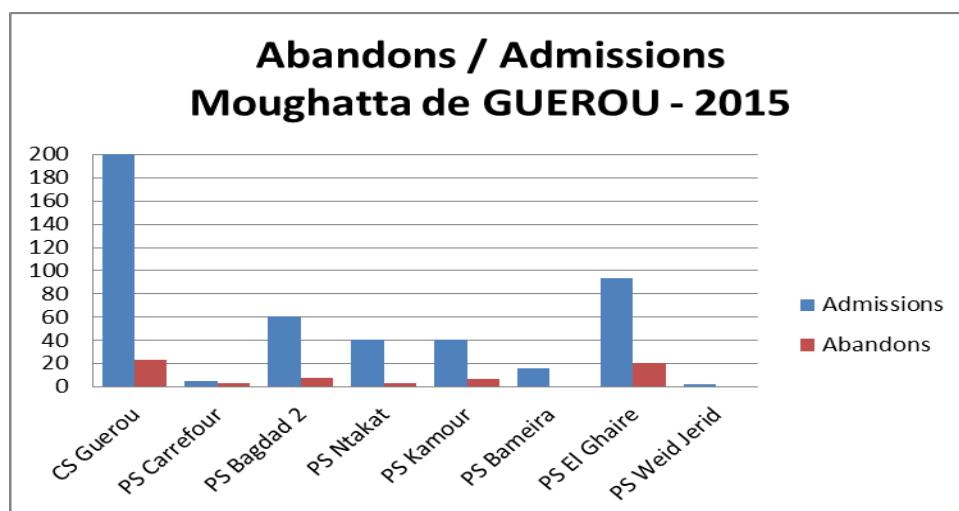


Le quartier « Carrefour » connaît très peu d'admissions car il s'agit d'un quartier avec une population plus aisée et moins présente sur place aussi (des villas restent vides une grande partie de l'année).

De plus, 3 CRENAS n'ont pas de données dans le fichier de synthèse.

La population de cette moughatta est concentrée sur Guérou commune mais il existe aussi des villages dans les montagnes environnantes, village très éloignés et parfois inaccessibles.

☞ Données des abandons



Le plus fort taux d'abandons se situe dans les aires sanitaires des PS de El Ghaire (22%) et Kamour (17%). Dans les entretiens, une famille dit préférer aller au CS de Guérou. L'accès géographique est une réalité dans certaines zones.

☞ Données des critères d'admission et de durée de séjour des enfants guéris

Peu de données collectées ; Données collectées incomplètes, non exploitables.

Les données ne sont généralement pas disponibles sur les fiches des enfants ou dans les registres.

RÉSULTATS DE DÉPISTAGES DANS LA MOUGHATTA DE BOUMDEID

La moughatta de BOUMDEID, vu sa faible prévalence n'a pas pu être incluse dans les investigations de couverture. En effet, les moyens à mettre en œuvre (les calculs d'estimation disaient de chercher 4 cas MAS dans 55 villages) avec des résultats qui n'auraient pas eu de sens. Il a donc été décidé de remplacer cette enquête de couverture par un dépistage exhaustif afin de se rendre compte de la réalité actuelle dans cette moughatta.

Objectifs

Le listing des villages de la moughatta de Boumdeid initial fait état de 57 villages et d'une population cible de 1331 enfants de 6 à 59 mois. La situation des villages ou de la démographie étant fluctuante, cette liste a été actualisée.

☞ Nombre de villages à visiter : 55

☞ Nombre attendu d'enfants à dépister : 1169.

Résultats de dépistage

Une équipe de 3 personnes accompagnée d'un superviseur a mené le dépistage sur une semaine.

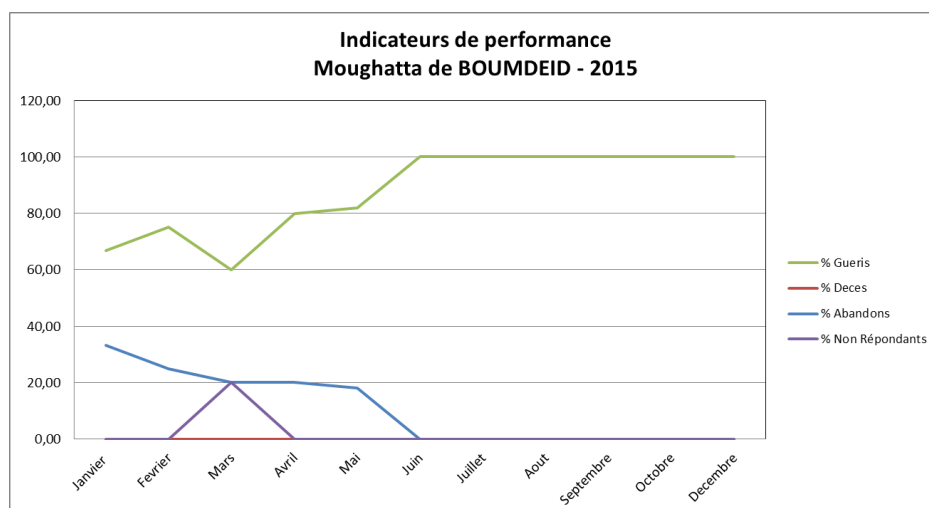
Nombre de villages atteints	Nombre total d'enfants dépistés	Nombre de cas MAS	Pourcentage d'enfants MAS / enfants dépistés	Nombre de cas MAM
25	832	3	0.36%	7

Les 3 cas de MAS ne sont pas pris en charge.

Les informations données par le superviseur des dépistages fait état de villages vides à cause des migrations saisonnières vers Nouakchott le plus souvent, de villages regroupés et de villages qui ne font plus partie de Boumdeid, ce qui expliquerait la différence entre les objectifs et les résultats. Il reste que certains villages inaccessibles en véhicule n'ont peut-être pas été visités.

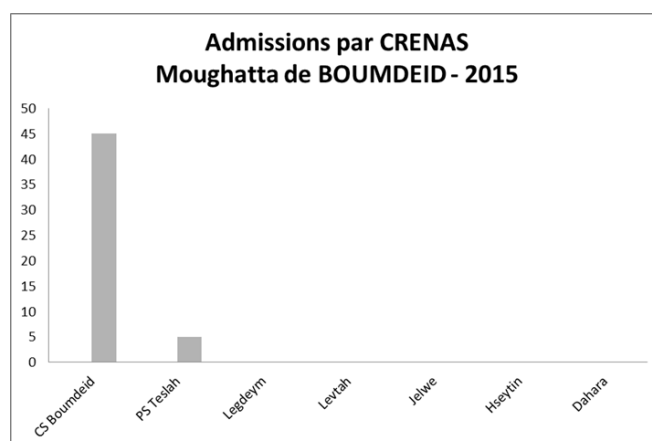
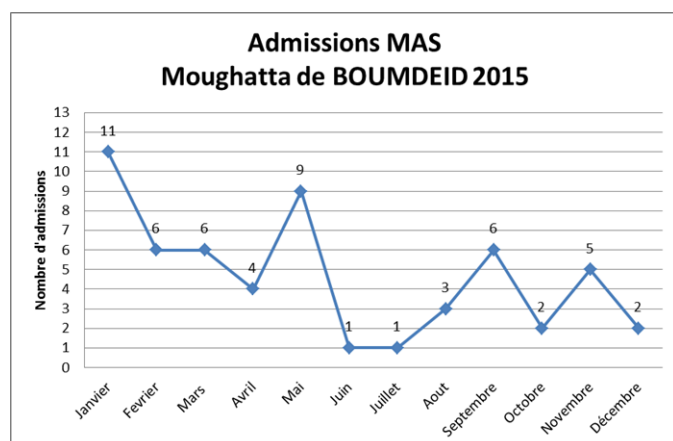
Résultats PROGRAMME

☞ Indicateurs de performance



Pas de données dans le fichier régional pour novembre. Des enfants « non répondants » qui ne devaient pas être au niveau CRENAS. A signaler qu'il n'y a pas de CRENI à Boumdeid, il faut aller jusqu'à Kiffa.

☞ Données des admissions



Deux structures sanitaires sur les 7 de la Moughattas disposent d'un service de PeC de la malnutrition aigüe. Les 5 autres structures ne sont pas toujours ouvertes par manque de personnel stable ; dans ces régions isolées, les infirmiers nommés ne restent pas à leur poste.

☞ Données des abandons

Dans la moughatta de Boumdeid, tous les abandons sont au CS de Boumdeid et représentent 18% des admissions.

Les autres CRENAS n'étant pas fonctionnels, les familles viennent au CS de Boumdeid mais étant la plupart très éloignées, les familles abandonnent rapidement.

Par sa configuration, sa faible population et ses difficultés d'accès à tous les enfants, par la faiblesse des structures de soins, la moughatta de Boumdeid pose un réel problème pour la santé des enfants.

COUVERTURE GLOBALE

RÉSULTAT

La couverture globale n'a pas pu être estimée car toutes les moughattas n'ont pu être enquêtées. En effet, en raison du faible nombre de cas MAS actuellement, les SQUEACs menées par Terre des Hommes Italie dans deux moughattas n'ont pu aboutir qu'à l'estimation de couverture d'une seule (Barkéol) et la SLEAC menée par le Ministère de la santé et UNICEF, toujours pour la même raison, n'a pas pu être menée dans la moughatta de Guérou et n'a pas pu être validée pour la moughatta de Kankossa.

DISCUSSION

Les investigations menées dans 3 moughattas de la wilaya de l'Assaba n'ont pas toutes permis de fournir une classification de la couverture du programme PCIMA et de dresser une liste des principales barrières à l'accessibilité. Le constat en début d'investigation a été qu'actuellement la période était favorable au niveau alimentation et les enfants, heureusement, en bonne santé. Il a été décidé de maintenir l'enquête de couverture selon la méthodologie SLEAC sur les moughattas de Guérou et de Kankossa et de proposer un dépistage exhaustif dans la moughatta de Boumdeid. Les calculs ont été basés sur le « single coverage » pour les classifications de la MAS et sur la couverture actuelle pour les classifications de la MAM.

Les résultats n'ont finalement pas été concluants pour Kankossa, le nombre des cas MAS constituant l'échantillon souhaitable n'ayant pas été atteint. Pour la moughatta de Guérou, la couverture de la MAS a été classée modérée.

Une classification de couverture actuelle de la MAM a été faite avec pour résultats une couverture faible pour Kankossa et une couverture modérée pour Guérou.

Les entretiens avec les accompagnants des cas MAS couverts et non couverts ont donné quelques indications sur les points forts et sur les barrières à l'accessibilité aux soins.

Parmi ces barrières, nous retiendrons plusieurs groupes dont :

- Toutes les informations concernant l'insuffisance de connaissances sur la malnutrition ou sur la perception de la gravité de la maladie,
- L'insuffisance d'information des familles sur le service de PeC et sa gratuité,
- Les constats au niveau de la prise en charge avec des points nécessitant une attention particulière comme le dépistage non systématique lors des consultations curatives ou autre contact enfant / CS ou PS,
- L'insuffisance de remplissage des supports dans les CRENAS, notamment les dates d'admission et de sortie des enfants, les critères d'admission ; Les fichiers de compilation des données de la malnutrition sont incomplets,
- Les communautés de la moughatta de Boumdeid qui a des difficultés à trouver des soins à proximité,
- L'inaccessibilité géographique, par les distances ou par les obstacles naturels.

Le point fort à souligner concerne la présence et l'activité de relais communautaires dans certaines localités, facilitant le dépistage précoce de la malnutrition.

RECOMMANDATIONS

Recommandations programme

Recommandations	Constats	Actions à entreprendre
Améliorer les connaissances des familles sur les signes d'appel de la malnutrition et ses causes ET Sur la perception de la gravité de la malnutrition	Connaissances insuffisantes sur les signes de la malnutrition	Mettre en place une stratégie de communication selon une pédagogie participative en prenant en compte le facteur « langues locales » dans l'élaboration des messages
	Pas de recours aux soins ou recours à des soins inadaptés	Former les intervenants en communication pour les changements de comportement basée sur la communication participative communautaire en prenant en compte le facteur « langues locales » dans la transmission des messages (au niveau des CS et au niveau communautaire)
	Connaissances non suivies d'effets (la mère sait que son enfant est malade ou malnutri mais ne va pas consulter)	Diversifier les cibles et notamment prendre en compte l'aspect décisionnel dans le recours aux soins et les tradithérapeutes dans les sessions de communication pour les changements de comportement
	Croyances sur les origines de la malnutrition	Identifier les canaux de communications usuels dans la communauté pour améliorer la diffusion de l'information
		Innover en développant de nouveaux canaux de communication tels les méthodes visant les enfants à l'école (par exemple)

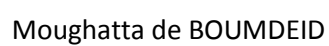
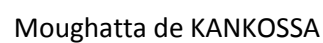
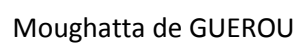
Améliorer l'information sur le service de PeC, son traitement, sa gratuité, ses bénéfices pour la santé de l'enfant	Insuffisance de connaissances sur les services de PeC Retards de soins Craintes du coût	Profiter de tout contact santé avec les familles pour informer ET Communiquer sur le service de PeC en utilisant des canaux usuels (mosquées, marchés) ou en impliquant les leaders tels les chefs de village ou de quartiers, les relais communautaires, les ong locales ...
Veiller à la bonne application du protocole national de PeC et au reporting de la malnutrition	Des enfants MAS passés en consultation curative pour un autre signe d'appel n'ont pas été dirigés vers le CRENAS	Suivi formatif du personnel des Centres et Postes de Santé sur le protocole de prise en charge
	Enfant MAS en programme CRENAM Fiches et registres incomplets Fichiers régionaux de données de la MAS incomplets	Suivi formatif du personnel des Centres et Postes de Santé et des personnes assurant les journées de PeC sur le remplissage des supports Mettre en place un système assurant le suivi de la complétude, la transmission des données et leur compilation
Améliorer les services de PeC dans les PS de la moughatta de Boumdeid	Beaucoup d'abandons au CS de Boumdeid Distance et inaccessibilité de villages	Rendre fonctionnels les CRENAS des PS Organiser une stratégie avancée d'accès aux traitements et au suivi de la malnutrition
Faire en sorte qu'une majorité des communautés bénéficient des actions d'un relais communautaire dans la prévention et le suivi de la malnutrition	Des familles d'enfants pris en charge ont eu le soutien de relais communautaires	Etendre la stratégie communautaire dans les quartiers ou villages qui n'en bénéficient pas
	Des familles ignorent l'existence de service de PeC ou n'en connaissent pas le contenu	Former plus de relais au dépistage de la malnutrition Former plus de relais communautaires sur la promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
	Beaucoup d'abandons	Suivi formatif des relais communautaires dans les activités de dépistage et d'informations
Rapprocher les soins des communautés	De nombreux abandons Des familles qui ne	Augmenter les stratégies avancées ou mobiles sur les périodes d'augmentation du nombre des enfants

	consultent pas	malnutris et en période d'inaccessibilité géographique Mettre des pirogues pour traverser les fleuves et prévoir des points de distribution accessibles
--	----------------	---

Autres recommandations

- Choisir une période de l'année plus favorable à la recherche de cas pour réaliser les enquêtes de couverture
- Etablir une cartographie (ou listing) des villages par CRENAS et l'actualiser au fil du temps
- Collecter au maximum les données en amont des investigations
- Réunir tous les acteurs travaillant au niveau communautaire pour la coordination et la complémentarité des interventions.

ANNEXE 1: Cartes des districts



ANNEXE 2 : Liste des participants

- Encadrement

IDENTITÉ	POSITION	ORGANISATION
Grymonprez Ghislaine	Consultante en SLEAC	CMN
Diakité Mohamed Lemine	SC / DSBN	Ministère de la Santé
Diop Oumar	Chef de service SSP	DRAS Assaba

- Participants à l'Atelier sur la méthodologie SLEAC

IDENTITÉ	POSITION	ORGANISATION
Mohamed Baro	Spécialiste Nutrition	UNICEF
Mohamed Lemine Diakité	SC / DSBN	DSBN / MS
Abdallahi Ould Hamadi	Point Focal Nutrition Régional	DRAS Assaba
Diop Oumar	Chef de service SSP	DRAS Assaba
Mohamed Lemine Ould Ahmed Salem	Point Focal Nutrition	Moughatta Kankossa
Abdoullahi Samba Sidibé	Point Focal Nutrition	Moughatta Guérou
Sy Oumar	Point Focal Nutrition	Moughatta Boumdeid
Barakatou Seyid	Service Nutrition	DSBN / MS
Menne Abdellahi Bousseif	Service Nutrition	DSBN / MS
Bâ Hamadou Djibiba	Volontaire NU Aioun	VNU PNUD
Bâ Ibrahima Pathé	Consultant	UNICEF
Mohameden Ould Ahmed Khattry	Consultant	UNICEF

- Chefs d'équipes des activités SLEAC

IDENTITÉ	POSITION	ORGANISATION
Mohameden Ould Ahmed Khattry	Consultant	UNICEF
Bâ Hamadou Djibiba	VNU	PNUD
Bâ Ibrahima Pathé	Consultant	UNICEF
Mohamed Lemine Ould Ahmed Salem	Point Focal Nutrition	Moughatta Kankossa
Abdoullahi Samba Sidibé	Point Focal Nutrition	Moughatta Guérou
Sy Birane	ICP CS	Moughatta Boumdeid

- Enquêteurs

Enquête SLEAC	
Oumou Ly	Fatimetou M Cheick
Boiba M Mohamed	Menne Abdallahi Bousseif
Fatimata Soyel Bâ	Oumou Aw
Khaled Mohamed Ibnou	Gorgui Demba Diop
Diop Mamadou	Vogani Mbodj
Alpha Diagana	Khadijetou D Diop
	Babe O Sidata
Dépistage Moughatta Boumdeid	
Mohamed Mahmoud Elhadji	Ahmedou Ndiaye
Ali Adama Ndiaye	

ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME

PÉRIODES	ACTIVITÉS
29 janvier	Paris - Nouakchott
30 janvier – 03 février	Travail préliminaire : analyse des données programme disponibles, préparation des formations et des outils terrain, logistique ...
04 février	Déplacement vers Kiffa
05 – 07 février	Formation méthodologie SLEAC (superviseurs) Formation terrain (enquêteurs)
08 – 13 février	Dépistage sur Boumdeid
08 – 10 février	Enquêtes sur Kankossa
11 – 13 février	Enquêtes sur Guérou
11 – 13 février	Données complémentaires Kankossa - Guérou
15 – 18 février	Analyse des données Données complémentaires Nouakchott Préparation de restitution
19 février	Restitution Nouakchott
20 – 21 février	Rapport
21 – 22 février	Nouakchott - Paris
23 – 26 février	Rapport

ANNEXE 4 : Formulaire pour la collecte des données de dépistage SLEAC

SLEAC / FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES DE DÉPISTAGE MAS

Moughatta : _____ Village (quartier) : _____ Centre ou Poste de Santé : _____

Equipe N° : _____ Distance au CRENAS : _____ Date : ____ Février 2018

	NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	SEXE	AGE	OÈDÈMES		PB	POIDS	TAILLE	Z-SCORES	CAS DE L'ENFANT	CONFIRMATION
	NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE	M / F	en Mois	oui	non	en MM	en kg - g	en cm	<-3		
1										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
2										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
3										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
4										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
5										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
6										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
7										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	
8										115/125 ☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS NON COUVERT ☐ CAS MAM	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET ☐ PLUMPYNUT (ROUGE)
										≤ 114 ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	

ANNEXE 5 : Formulaire pour la collecte des données de dépistage dans le DS de Boumdeid

FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES DE DÉPISTAGE

Moughatta : BOUNDEID

Date : ____ Février 2018

Nom – Prénom des enquêteurs : _____

Village (+ quartier) : _____

Centre ou Poste de Santé de référence : _____

Distance au C8 : _____

	NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	SEXE M / F	ÂGE en MOIS	GÉDÈMES		PB en MM	CAS DE L'ENFANT						CONFIRMATION des cas PeC
	NOM ET PRENOM DE LA MÈRE			oui	non		MAS PeC	MAS non PeC	En voie de guérison	MAM PeC	MAM non PeC	NI MAM NI MAS	
1													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
2													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
3													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
4													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
6													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
8													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
7													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
8													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
8													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
10													☐ CARNET ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE) ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)

ANNEXE 6 : Questionnaire pour les accompagnants des cas couverts

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

Moughetta: _____ Poste de santé: _____
 Village: _____ Ethnie: _____
 Equipe: _____ Date: _____ FEVRIER 2018
 Identité : _____ [☐ Enfant en voie de guérison]

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

☐ Oui + ☐ Oui et suivante ☐ Non + ☐ Non

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

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. Pourquoi est-il retourné au programme?

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

☐ Pourquoi ? _____

☐ L'enfant a été guéri et rechuté.

☐ Pourquoi ? _____

4. Avez-vous autres enfants pris en charge dans le programme PCIMA?

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Non

☐ Non

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

(NB : cocher plusieurs réponses)

☐ Reconnaissance de la maladie chez l'enfant

☐ Echec du traitement traditionnel

☐ Courte distance; estimation en km _____

Temps pour parcourir à pied? _____

☐ Accessibilité (pas des barrières saisonnières)

☐ Disponibilité des moyens financiers pour le déplacement

☐ Soutien et encouragement du mari

☐ Soutien et encouragement des parents avec enfants MAS

☐ Soutien et encouragement des voisin(e)s

☐ Programme très apprécié par la communauté

☐ Disponibilité des intrants nutritionnels

☐ Gratuité des soins

☐ L'enfant connu a guéri

☐ Autres, spécifiez _____

☐ Maladie diagnostiquée par le personnel de santé

☐ Référence par le tradipraticien

☐ Risques sécuritaires minimales ou non-existants

☐ Disponibilité des moyens de déplacement

☐ Disponibilité de l'accompagnement pendant le trajet

☐ Soutien et encouragement d'un autre membre de famille

☐ Soutien et encouragement du relais communautaire

☐ Soutien et encouragement des leaders communautaires

☐ Personnel du programme est très chaleureux et patient

☐ Disponibilité des intrants du traitement systématique

☐ Efficacité du traitement (résultats rapides et visibles)

☐ Accès au PlumpyNut®

Remerciez le parent

Commentaires:

ANNEXE 7 : Questionnaire pour les accompagnants des cas non couverts

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

Moughetta: _____ Poste de santé: _____
 Village: _____ Identité: _____
 Équipe: _____ Date: _____ Février 2018

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?
☐ Oui ☐ Non → STOP

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

☐ Fièvre	☐ Pâleur	☐ Diarrée
☐ Anxiété	☐ Manque d'appétit	☐ Apathie
☐ Toux	☐ Perte de conscience	☐ Lésion cutanée
☐ Autre, précisez: _____		

1b. Quelle maladie a causé ces symptômes ? (NB : cochez plusieurs réponses)

☐ Je ne sais pas	☐ Malnutrition	☐ Maladie majoritairement
☐ Anxiété	☐ Paludisme	☐ Diarrée
☐ Autre, précisez (en langue locale): _____		

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

☐ Herbes médicinales (à la maison)	☐ Repas enrichis	☐ Jeune
☐ Produits médicamenteux (achetés au marché)	☐ Médicaments (achetés à la pharmacie)	☐ Pâtes
☐ Consultation chez le tradipraticien	☐ Consultation au centre de santé	☐ Pas de traitement
☐ Autre, précisez: _____		

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

1e. Pensez-vous que votre enfant est malade ? ☐ Oui ☐ Non

2. Savez-vous qu'il y a un service au Cdt pour traiter la malnutrition ? Que savez-vous de ce service ?
☐ Oui, que savez-vous de ce service _____ ☐ Non → STOP

3. Pourquoi n'avez-vous pas amené votre enfant au Cdt pour bénéficier du traitement ? (NB : cochez plusieurs réponses)

☐ Trop loin, distance à parcourir à pied _____ combien d'heures? _____	☐ Insécurité
☐ Inaccessibilité (inondation saisonnière, etc.)	☐ Manque des moyens de déplacement
☐ Manque de l'accompagnement	☐ Manque des moyens financiers pour le déplacement
☐ Refus de malnutrition	☐ Manque des moyens financiers pour le traitement
☐ Maladie de l'accompagnant(e)	☐ Maladie d'un membre de la famille
☐ Trop occupé(e) ailleurs	☐ Personne pour s'occuper des autres enfants
☐ Honte de s'inscrire dans le programme	☐ Faible croyance que le programme peut aider l'enfant
☐ Peur de séjour hospitalier (éloignement du foyer, frais)	☐ Préférence du traitement traditionnel
☐ L'enfant rejette souvent quand ? _____	☐ L'enfant connu a été rejeté
☐ Quantité de Plumpy'Nut est trop petite pour justifier le déplacement	

4. Est-ce que votre enfant a déjà été inscrit dans le programme de la prise en charge de la malnutrition au Cdt (CRENASCORENASCOREN) ?
☐ Oui ☐ Non → STOP

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

☐ Abandon	☐ Quand? _____	☐ Pourquoi? _____
☐ Enfant déchargé guéri	☐ Quand? _____	
☐ Enfant déchargé non guéri	☐ Quand? _____	☐ Pourquoi? _____
☐ Autre raison, précisez: _____ STOP		

Remerciez le parent
 Commentaires: _____

