



COVERAGE ASSESSMENT
» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



REPONSE A L'URGENCE NUTRITIONNELLE DANS LA REGION DU
BAHR EL GAZAL

MARS 2015

EVALUATION SEMI QUANTITATIVE DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA COUVERTURE : SQUEAC

PROGRAMME DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA
MALNUTRITION AIGUE SEVERE





TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
ABRÉVIATIONS.....	5
RESUME.....	6
OBJECTIFS :.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. CONTEXTE.....	8
2. LE PROGRAMME PCIMA DANS LE BARH EL GAZEL.....	8
PROCESSUS D'ENQUETE.....	10
1. ÉTAPE 1.....	10
a. Niveau de mise en œuvre des recommandations.....	10
b. Données quantitatives :	12
c. Données qualitatives	22
d. Cartes conceptuelles.....	27
2. ÉTAPE 2.....	28
a. Petite enquête géographique.....	29
b. Formation de la probabilité a priori	31
3. ÉTAPE 3.....	32
a. Construction de l'évidence vraisemblable : enquête sur grande zone.....	32
b. Estimation de la couverture globale: Probabilité a Posteriori.....	33
ANNEXES.....	41
1. ANNEXE 1 : Equipe d'investigation SQUEAC.....	41
2. ANNEXE 2 : Chronogramme de la formation et de l'évaluation	43
3. ANNEXE 3: BBQ (Barrières).....	44
4. ANNEXE 4 : BBQ (Boosters)	45



TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1: Evolution des admissions dans les UNA et UNT appuyés par ACF dans le BeG sud:	12
Figure 2: Evolution des admissions MAS et des abandons en fonction du calendrier saisonnier et des événements clés dans la région du BEG de janvier 2012 à Décembre 2014	13
Figure 3: Répartition des admissions MAS par UNA de Janvier à Décembre 2014	14
Figure 4: Comparaison des admissions en UNA par rapport à la population d'enfants de moins de 5 ans dans chaque aire sanitaire	15
Figure 5: Répartition des abandons dans les UNA de Janvier à Décembre 2014.....	16
Figure 6: Evolution des indicateurs de performances dans les UNA/ UNT de janvier à Décembre 2014.....	17
Figure 7: Distribution du périmètre brachial à l'admission dans les UNA du BeG sud.	17
Figure 8: Distribution de la médiane du périmètre brachial à l'admission dans le BEG sud, de Octobre 2014 à Janvier 2015.....	18
Figure 9: Distribution du périmètre brachial à l'abandon dans les UNA du BeG sud de Janvier à Décembre 2014.....	18
Figure 10: Evolution des non répondants dans la région du BEG de janvier 2012 à Décembre 2014	19
Figure 11: Distribution de la durée de séjour avant guérison pour le total d'enfants guéris	20
Figure 12: Distribution de la durée de séjour avant abandon pour le total d'enfants sortis abandons	20
Figure 13: Evolution du nombre de dépistage dans la région du BeG de Janvier 2011 à Janvier 2015	21
Figure 14: Carte conceptuelle: Lien entre les boosters	27
Figure 15: Carte conceptuelle: Lien entre les barrières.....	27
Figure 16: Barrières à l'accessibilité des cas MAS non couverts - enquête sur grande zone ; Département du BEG Sud, Région du BEG, Tchad, 2015.....	33
Figure 17: Représentation graphique de la probabilité à posteriori; Département du BEG Sud, Région du BEG, Tchad, 2015	34



REMERCIEMENTS

Action Contre la Faim adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette évaluation SQUEAC :

- Les autorités administratives et sanitaires de la région du Bahr el Gazal (BEG),
- Le personnel des structures de santé du BEG
- Les communautés et relais communautaires visités pour leur collaboration et leur participation
- l'équipe d'action contre la faim (ACF) du programme BEG pour sa participation active et constructive tout au long de l'évaluation, ainsi que les enquêteurs et les superviseurs
- L'équipe du Coverage Monitoring Network.

Nos remerciements particuliers à Lenka BLANÁROVÁ, Trenton DAILEY-CHWALIBÓG et Aziz GOZA pour leur disponibilité et leur support technique tout au long de cette évaluation



ABRÉVIATIONS

ACF-F	: Action Contre la Faim France
ATPE	: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BEG	: Bahr El Gazal
CS	: Centre de santé
CMN	: Coverage Monitoring Network
DS	: District Sanitaire
DSR	: Délégation Sanitaire Régionale
IC	: (SQUEAC) – Intervalle de crédibilité (SMART) Intervalle de confiance
IRC	: International Rescue Committee
MAM	: Malnutrition Aiguë Modérée
MAG	: Malnutrition Aiguë Globale
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MOB COM	: Mobilisation Communautaire
PB	: Périmètre brachial
PCIMA	: Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
RCS	: Responsable du Centre de Santé
RECO	: Relais communautaire
SMART	: Monitoring & Assessment in Relief and Transitions Standardised
SMPS	: Santé mentale et pratiques de soins
SQUEAC	: Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SSP	: Soins de santé Primaires
UNA	: UNITE NUTRITIONNEL AMBULATOIRE
UNS	: Unité Nutritionnel Supplémentaire
UNT	: Unité Nutritionnel Thérapeutique
ZR	: Zone de Responsabilité



RESUME

Depuis 2010, ACF Intervient en appui aux structures de santé de la région du Bar el Gazal à travers des programmes de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë sévère. Progressivement, elle a étendu son appui à 28 centres de santé et intervient en substitution à l'UNT de Moussoro. De nouveaux projets de soins de santé primaires ont été mis en œuvre conformément à sa stratégie d'intervention en nutrition/santé au Tchad axée sur la prévention de la sous-nutrition par le renforcement du système de santé et la mise en œuvre de la stratégie de 1000 jours.

Afin d'évaluer dans quelles mesures les projets mis en œuvre répondent aux besoins de la communauté et d'identifier des barrières à l'accessibilité, ACF mène régulièrement des enquêtes de couverture par la méthodologie SQUEAC.

La présente SQUEAC s'est déroulée dans les 28 zones de responsabilités que couvrent ACF depuis 2014 ; Cette évaluation a bénéficié de l'appui technique à distance des consultants du Coverage Monitoring Network (CMN).

A l'issu de la présente investigation, les résultats relatifs à la couverture globale du programme n'ont pu être validés à cause de conflit apparu à l'étape III entre la probabilité a priori et l'évidence vraisemblable;

L'investigation a montré que plusieurs recommandations de la précédente SQUEAC ont été suivies d'action mais d'importantes barrières existent toujours : l'absence de collaboration entre les centres de santé et les guérisseurs traditionnels, l'insuffisance de sensibilisation dans la communauté, le faible pouvoir décisionnel des femmes, la charge du travail élevée du RCS, le refus de référencement à l' UNT, la stigmatisation des familles des enfants MAS en zone urbaine, la longue durée d'attente, la distance, l'insuffisance de couverture UNA dans tous les centres de santé, l'influence des guérisseurs traditionnels, le recours tardif aux soins, l'irrégularité du dépistage dans les zones éloignées.

Ainsi les recommandations suivantes ont été formulées :

- **RECOMMANDATION 1** : Renforcer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère
- **RECOMMANDATION 2** : Mettre en place une stratégie de l'approche communautaire avec différents acteurs communautaires en complément au travail effectué par les relais communautaires
- **RECOMMANDATION 3** : Assurer la disponibilité des intrants nutritionnels en quantité suffisante au niveau des structures de santé
- **RECOMMANDATION 4** : Renforcer la stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaire afin d'assurer les activités régulières de dépistage et de sensibilisation à toutes les couches sociales
- **RECOMMANDATION 5** : Renforcer les mécanismes de coordination des acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë



OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Mettre en évidence le taux de couverture des structures de santé dans le cadre de l'appui d'ACF à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et de comprendre les barrières d'accès aux soins, dans la Délégation Sanitaire du Bahr el Gazel chez les enfants de 6 à 59 mois sur la base d'une méthodologie « Évaluation Semi - Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture » (SQUEAC).

OBJECTIFS SPECIFIQUES:

1. Estimer la couverture du Programme PCIMA (Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe) dans les zones d'intervention du projet dans les districts de Chaddra et de Moussoro.
2. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention.
3. Identifier les barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë en fonction des informations recueillies auprès des mères des enfants souffrant de la malnutrition aiguë identifiés pendant l'enquête et qui ne sont pas inscrits dans le programme.
4. Formuler des recommandations en fonction des résultats de l'évaluation pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë et augmenter le niveau de couverture dans la zone d'intervention du programme.

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

Le Bahr El Gazal (BEG) fait partie des 11 régions de la bande sahélienne du Tchad. Erigé en région administrative à partir de Février 2008, le BEG couvre 69000 km² et fait frontière avec les régions du Borkou au nord, du Batha à l'Est, du Kanem à l'Ouest et du Hadjer Lamis au sud. Le BEG fait partie d'une zone entièrement sous influence du désert du Sahara avec un climat semi désertique aride.

Selon les résultats du dernier RGPH 2 parus en Mars 2012, cette région abrite 257267 habitants dont les 89% vivent en milieu rural. Les principaux groupes ethniques sont les Goranes et les Kanembous. Cette population à 45% nomade et transhumant, est composée notamment de pasteurs et agro pasteurs d'ethnie Gorane, pratiquant en majorité l'islam. Le climat est caractérisé par un climat de type sahélo-sahélien, subaride avec une saison des pluies de 3 mois et une saison sèche de 9 mois.

La région du Barh El Gazal est caractérisée par un déficit pluviométrique récurrent entraînant l'insécurité alimentaire et une malnutrition chronique. Les activités principales que sont l'élevage et l'agriculture souffrent énormément du déficit en eau.

Les dépressions inter dunaires que sont les Ouadis, constituent les principaux points de regroupement humain car c'est là où l'on trouve de l'eau pour le bétail et les cultures maraîchères à dominance composées de salade, gombo, tomate, carotte, aubergines, oignon. Les cultures sur dunes sont constituées principalement du petit mil appelé le pénicillaire.

La région du BEG compte deux Districts Sanitaires (DS), mais un seul est actuellement fonctionnel, celui de Moussoro. Elle dispose de 56 centres de santé dont 46 fonctionnel et 36 Centres de Santé (CS) dotés chacun d'une Unité Nutritionnelle Ambulatoire (UNA) et d'une Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS). La région dispose de deux Unités Nutritionnelles thérapeutiques (UNT) dont l'une est localisée dans l'hôpital de Moussoro et l'autre au centre de sante de Salal au Nord.

Sur le plan nutritionnel, le taux de malnutrition aiguë globale demeure encore très élevé dans le BEG chez les groupes vulnérables notamment les enfants de 6-59 mois. La prévalence de la MAG a été estimée et à 17,2% (IC 95% : 14,1-20,8) avec un taux de MAS de 3% (IC 95% : 2,0-4,4) lors de la dernière SMART réalisée en Septembre 2014. .

2. LE PROGRAMME PCIMA DANS LE BARH EL GAZEL

Dans le BEG, deux ONG interviennent en appui au programme PCIMA de la Délégation sanitaire Régionalé(DSR): IRC dans le BEG nord et ACF dans le BEG Sud. Action Contre le



Faim – France (ACF-F) met en œuvre depuis Mars 2010 un programme d'appui aux structures sanitaires de la Délégation Sanitaire Régionale du BEG. Ce programme se compose de quatre volets : un volet mobilisation communautaire, un volet santé mentale et pratique de soins (SMPS), un volet service mobile (Clinique mobile et vaccination) en faveur des populations nomades, et un volet appui technique, renforcement et soutien aux structures de santé pour l'intégration de la prise en charge (PEC) de la MAS. A partir de 2014, ACF a élargie son appui en développant un programme de soin de santé primaire.

- **Volet Unité Nutritionnelle ambulatoire et Soins de santé primaires (UNA/SSP):** Dans le cadre de l'intégration de la prise en charge, ACF F fournit une assistance technique pour la prise en charge des cas MAS sans complications selon le protocole national et la mise en œuvre de soins préventifs et curatifs dans 28 centres de santé. Ces centres reçoivent mensuellement des médicaments pour la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins et pour protéger les enfants contre les maladies tueuses de l'enfant.
- **Volet Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT):** ACF est en substitution à l'UNT en assurant entièrement la gestion technique de l'UNT de Moussoro pour la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère avec complications ainsi que l'approvisionnement en médicament, en équipement et dans la fourniture des produits frais aux accompagnantes.
- **Le volet mobilisation communautaire (Mobcom):** Depuis 2014, le réseau communautaire a été étendu à 28 zones de responsabilité. Ce réseau communautaire fonctionne par rayon d'action et a 1200 relais communautaires. Deux stratégies de dépistages sont adoptées : Le dépistage porte-à-porte et le dépistage événementiel avec sensibilisation de masse. Le volet Mobcom assure le suivi des cas de MAS, des absents et des abandons.
- **Le volet équipe mobile :** Ce volet développe un paquet de soins complet curatif et préventif à la population nomade et la prise en charge MAS. La clinique mobile intervient dans les différents couloirs de transhumance.
- **Le volet santé mentale et pratique de soins:** Ce volet assure la gestion des cas de refus de transfert à l'UNT, le suivi des enfants potentiellement non répondants, l'accompagnement personnalisé de couple mère-enfant à l'UNT.

Au cours de l'exécution de chaque projet, ACF effectue une évaluation de couverture en utilisant la méthodologie SQUEAC .La dernière évaluation a relevé un taux de couverture de couverture actuelle de **37,7% [IC 95% : 29,0% 47,3%]**. Depuis Mai 2014, le programme a connu une expansion avec l'extension de l'appui à de nouveaux centres de santé et la mise en œuvre des soins de santé primaires. C'est dans ce contexte qu'une nouvelle enquête de couverture nutritionnelle utilisant la même méthodologie SQUEAC a été réalisée pour évaluer l'accessibilité au programme nutritionnel dans le Barh el Gazal Sud.



PROCESSUS D'ENQUETE

1. ÉTAPE 1

La première étape avait pour but d'identifier les zones de couverture élevée ou faible ainsi que les principaux facteurs influençant positivement ou négativement l'accessibilité, à partir de l'analyse des données de routine du programme, de données complémentaires collectées au niveau des structures de santé et des informations qualitatives collectées auprès des différents acteurs clés. Un bilan des actions entreprises depuis la dernière SQUEAC a également été effectué.

a. Niveau de mise en œuvre des recommandations

Tableau 1: Mise à jour effectuée par l'équipe nutrition sur les actions entreprises

RECOMMANDATIONS	QUI	NIVEAU DE REALISATION	OBSERVATION
Renforcer les activités de sensibilisation sur les signes de malnutrition et les effets des pratiques traditionnelles néfastes. Impliquer les tradipraticiens	ACF, partenaires volet communautaire, autorités sanitaires et administratives	ACF a initié dans les volets SMPS et mobilisation communautaire, plusieurs activités de sensibilisation. Au niveau de la SMPS, il y a eu les formations des matrones et la confection des boîtes à images relatives aux pratiques de soins néfastes. A la Mobcom, il y'a eu d'une part 42 représentations théâtrales qui se sont déroulées dans les zones non couvertes par la radio locale et d'autre part la formation des tradipraticiens sur les pratiques traditionnelles néfastes	La coordination des activités de sensibilisation n'est toujours pas assurée par la DSR
Renforcer la couverture et l'efficacité des activités de dépistage et de suivi des cas MAS dans la	ACF, CDS, Districts sanitaires	Au cours de ce projet tous les 28 centres de santé sous appui ACF ont été couverts par le réseau communautaire. Cette extension du réseau des	



communauté		relais communautaires (Recos) a permis la formation de 266 nouveaux Recos. Un système de motivation des Recos par la distribution périodique de sucre, du thé et du savon a été instauré pour booster les activités de dépistage	
Initier un système de suivi des abandons en prenant une zone pilote (relais identifiés les mieux formés et actifs) et envisager l'extension au fur et à mesure	ACF, Districts sanitaires, Région médicale, CDS, RC	Un système de recherche des abandons a été mis en place. Une liste des absents est élaborée par les chargés UNA chaque semaine et mis à la disposition des animateurs de la mobilisation communautaire qui la transmet aux relais communautaires	Ce système a été déjà instauré à tous les centres de santé
Améliorer la supervision et le suivi des activités communautaires	ACF, RC, CDS	Un plan de supervision des activités de la PCIMA a été mis en place entre la DSR et ACF dès le début du projet.	Ce plan de supervision conjointe élaboré n'est pas respecté cause du nombre insuffisant des membres de l'équipe cadre de la DSR
Assurer une détection systématique des éventuels cas de MAS pris en charge de manière inappropriée en CNS	ACF, Districts sanitaires	Les RCS ont tous été instruit sur la nécessité du dépistage systématique dans les UNS avant le début des activités;	Le dépistage systématique n'est pratiqué que par une partie des UNS.
Futures évaluations de la couverture	ACF, Districts sanitaires	Les équipes cadres de la DSR et du District de Moussoro ont été impliqué dans la présente SQUEAC	



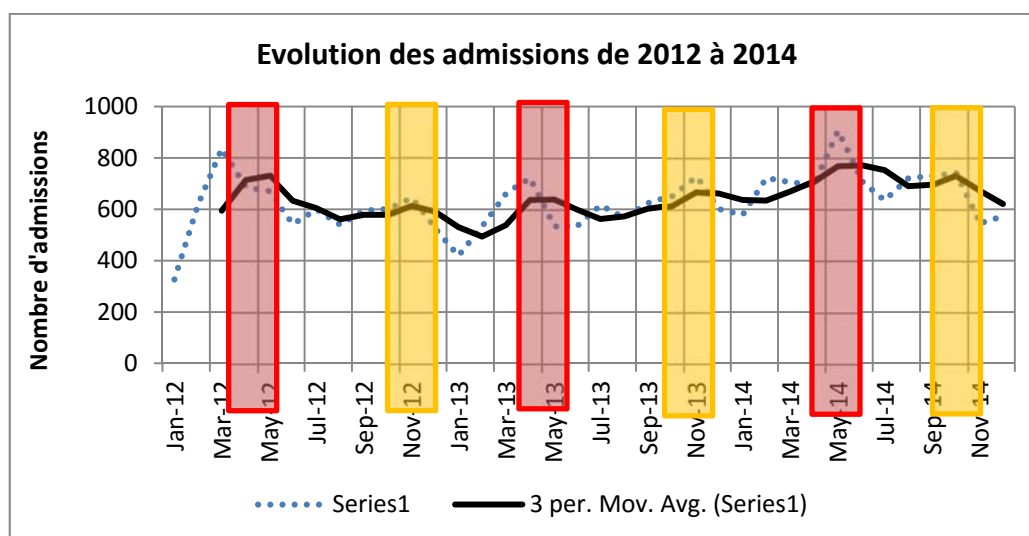
b. Données quantitatives :

L'analyse quantitative a porté sur la période depuis Janvier 2012 pour les données d'admissions globales, et sur toute la période de 2014 pour les données de routine (admissions et abandons par UNA, indicateurs de performance, données du volet communautaire). Des données individuelles relatives aux admissions, abandons et non-répondants des 4 derniers mois (période d'Octobre 2014 à Janvier 2015) ont également été collectées en complément à partir des registres et fiches individuelles.

▪ Tendence des admissions

De façon globale, on note une augmentation des admissions pendant les mois de Mars, avril, Mai, sur toutes les années. L'augmentation régulière des admissions depuis Juillet 2013 est due à l'ouverture de nouveaux UNA. Le pic des admissions d'Avril et Mai est lié aux IRA (Infections Respiratoires Aigües) et les maladies épidémiques comme la Rougeole. Celui des admissions d'Octobre et Novembre est lié à la diminution des travaux champêtres: les mères sont plus disponibles pour amener leurs enfants à l'hôpital.

Figure 1: Evolution des admissions dans les UNA et UNT appuyés par ACF dans le BeG sud:



A noter : les rectangles orange et rouges représentent les pics d'admissions au cours des différentes années

▪ Admissions et réponse au besoin

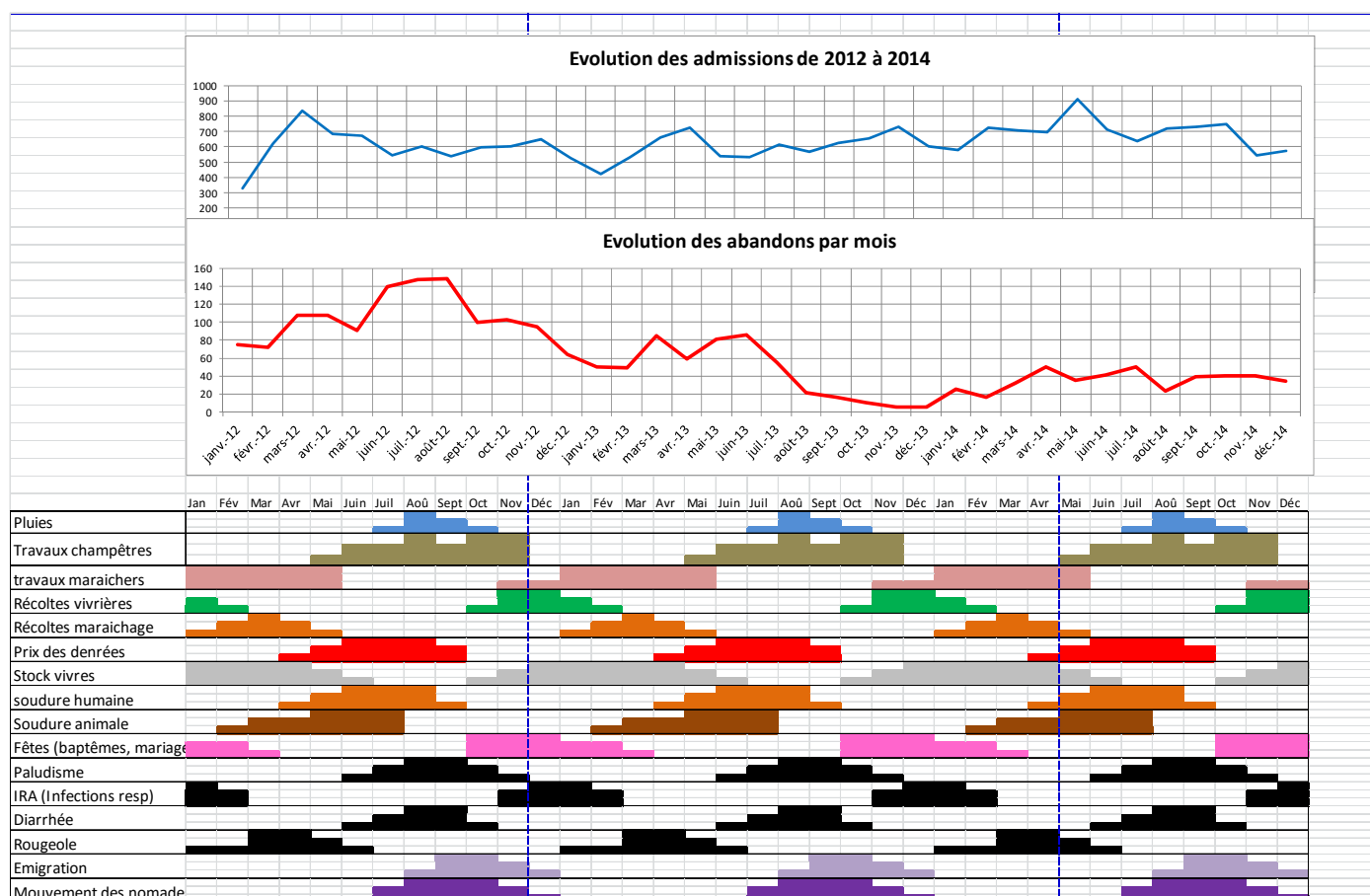
En lien avec le calendrier saisonnier, il y a flambée des admissions pendant les périodes de soudure et d'apparition des maladies infantiles. Le programme UNA qui couvrait 17 centres de santé au BEG Sud a augmenté sa capacité de prise en charge de la MAS en couvrant à partir d'Avril 2014, 28 centres de santé. Le programme a également mis en place un volet de Soins de santé primaire pour faire face aux principales pathologies tueuses des enfants et assurer une continuité de la dispensation des médicaments du traitement systématique de

MAS. Il a été aussi mis à la disposition de la DSR du staff additionnel au nombre de 25 agents de santé qualifiés afin de renforcer les capacités en ressources humaines de la DSR et de répondre aux besoins de la population.

Cette réponse apportée par le programme et la stratégie de recherche des abandons et des perdus de vus par les relais communautaires ont entraîné une baisse considérable des abandons inversement aux nombres des admissions à partir du mois d'Aout 2013.

L'augmentation du nombre des abandons dans les mois de juin à Août, est due aux occupations des mères dans les champs, au mouvement des nomades qui se déplacent avec leurs enfants. Il y a aussi le fait que les déplacements deviennent difficiles car les animaux sont faibles à cause de manque de pâturage. Aussi, la soudure humaine rend les mères faibles pour se déplacer avec leurs enfants vers les centres de santé.

Figure 2: Evolution des admissions MAS et des abandons en fonction du calendrier saisonnier et des évènements clés dans la région du BEG de janvier 2012 à Décembre 2014



Admissions par UNA

La répartition des admissions MAS par structure de santé (figure 3) a été comparée à la répartition de la population des 6 59 mois par aire sanitaire (figure 4).

L'analyse a fait ressortir des disparités :



Les centres de santé de Hanga, de Michémiré, de Fizigui s'affichent avec des admissions très élevées par rapport à leur proportion des enfants de 6 à 59 mois. L'UNA d'Hanga étant frontalier à la délégation régionale du Kanem reçoit plusieurs enfants hors zone. Fizigui étant un site de transit des transhumants, reçoit pendant le passage de ceux-ci beaucoup d'enfants. Quant à l'UNA de Michémiré, il a été révélé des admissions de complaisance (fausse admission).

En ce qui concerne l'UNA de Moussoro Urbain, on note une baisse des admissions par rapport à sa population cible. La zone de responsabilité de Moussoro comporte une population majoritairement urbaine, et apparaît moins exposée aux problèmes de malnutrition aiguë. L'analyse des données de routines a montré une faiblesse du système de dépistage actif, faisant craindre l'existence de cas non couverts.

Figure 3: Répartition des admissions MAS par UNA de Janvier à Décembre 2014

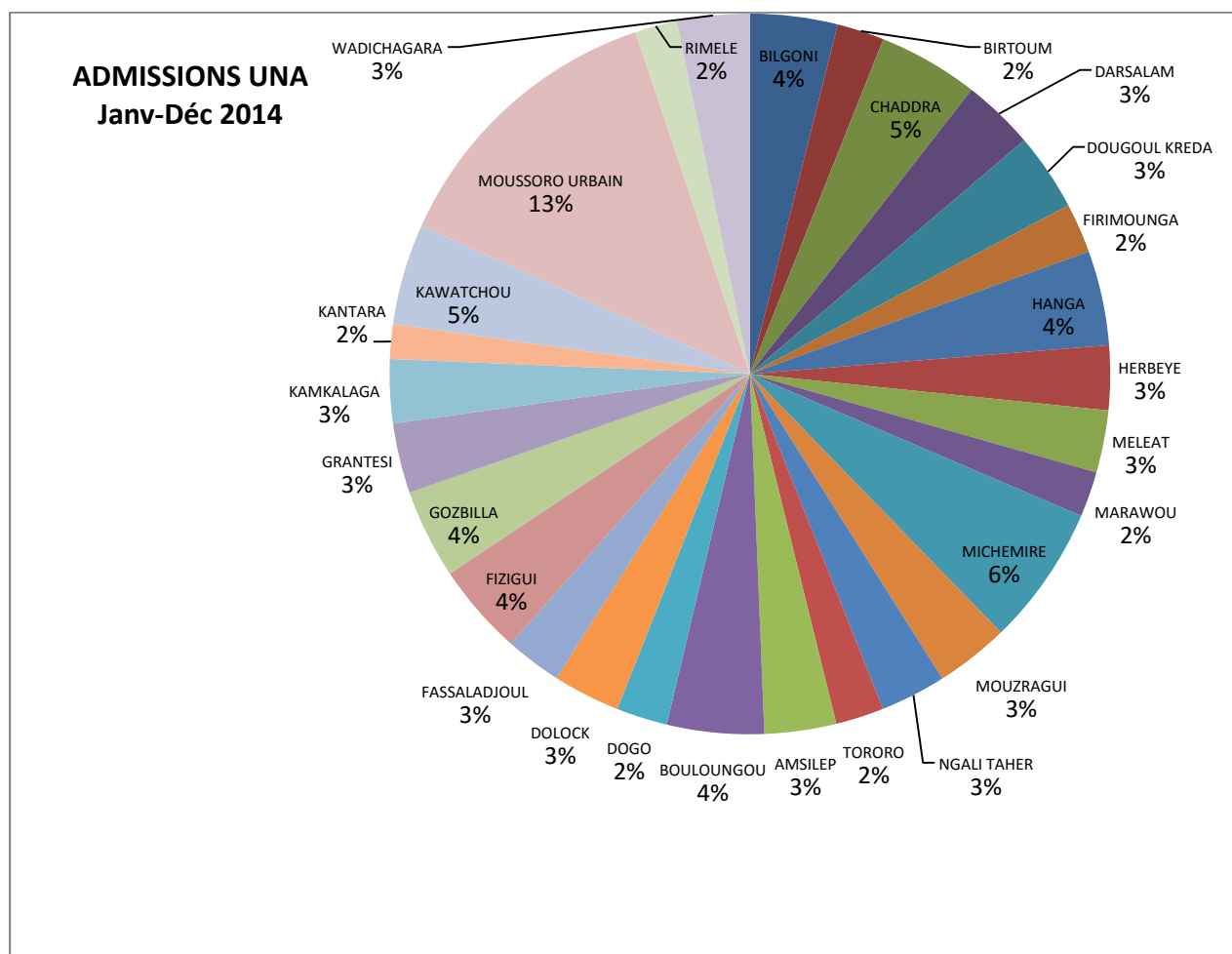
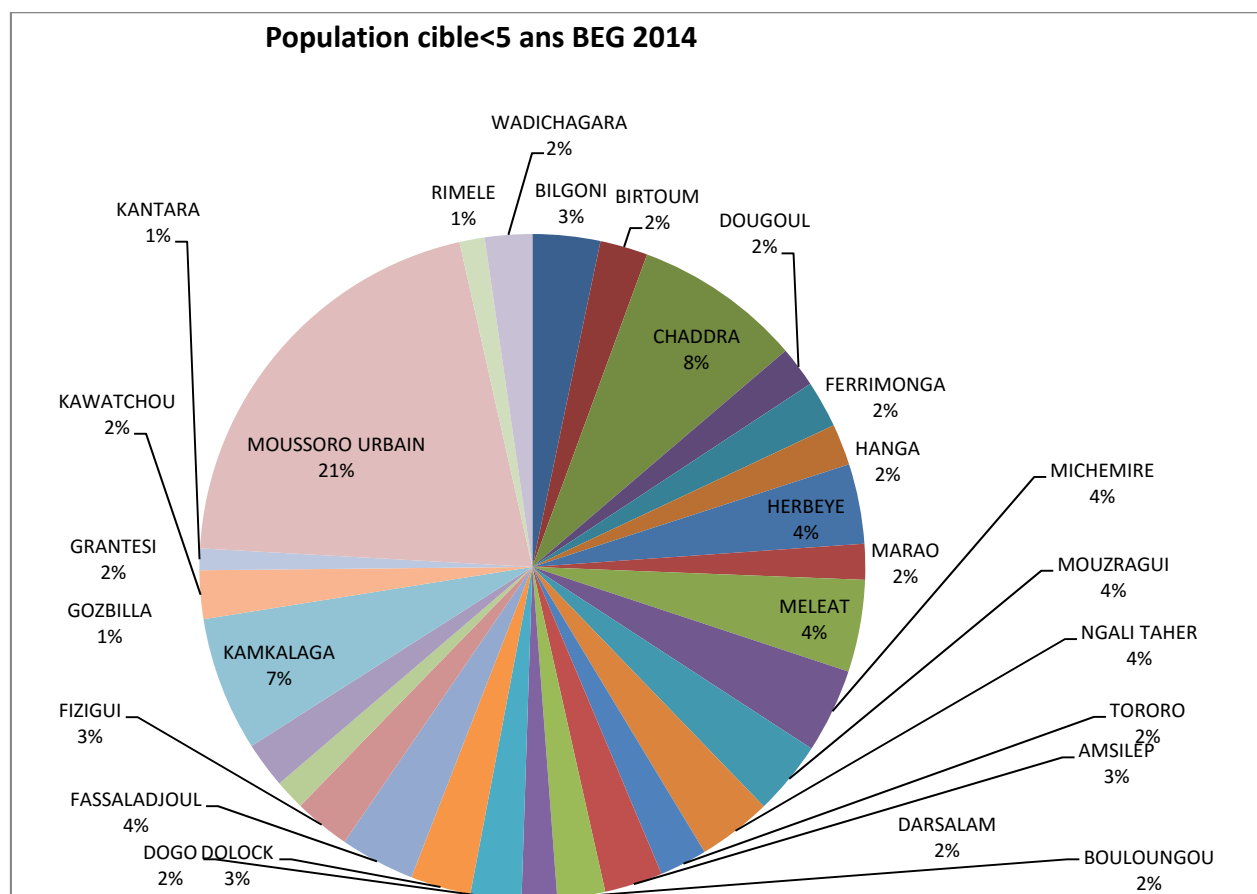




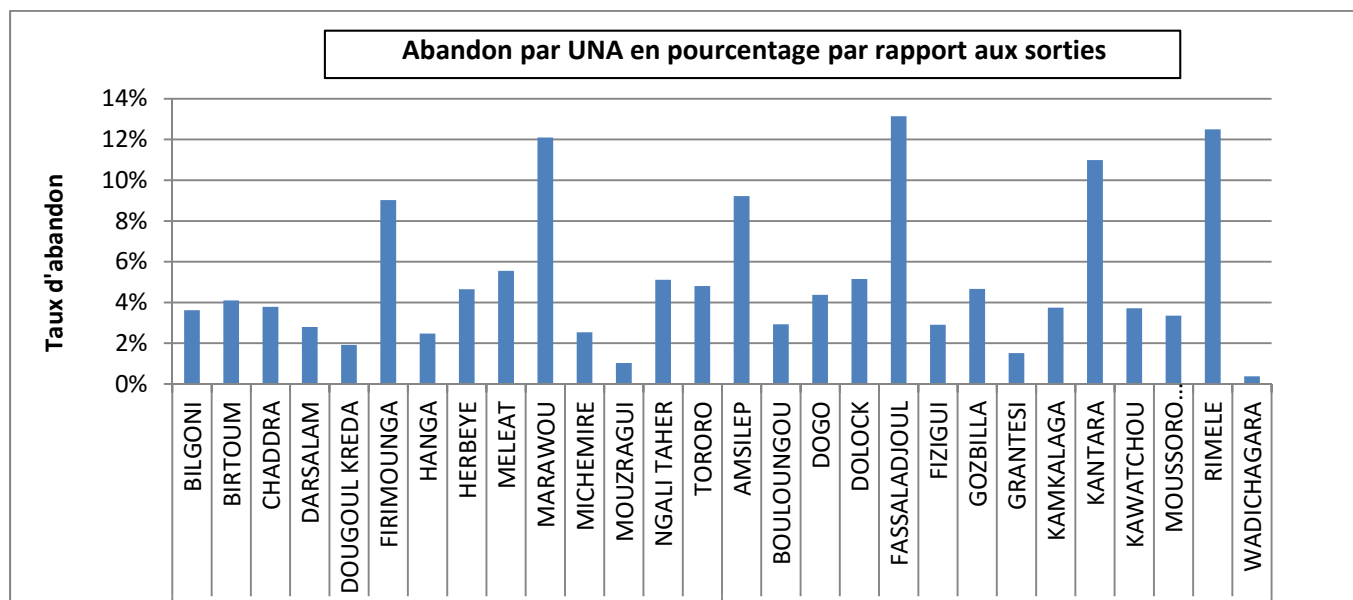
Figure 4: Comparaison des admissions en UNA par rapport à la population d'enfants de moins de 5 ans dans chaque aire sanitaire



▪ Abandon par UNA

L'analyse du pourcentage des abandons par centre montre que les centres de santé de Fassaladjoul, Rimélé, Frimounga, Marawaou et Kantara ont des taux d'abandons plus élevés que les autres centres. En début d'année certains de ces centres n'avaient pas de personnels qualifiés pour faire fonctionner le système de recherche des perdus de vus et des abandons. Cela renforce aussi l'hypothèse d'une couverture de prise en charge hétérogène.

Figure 5: Répartition des abandons dans les UNA de Janvier à Décembre 2014



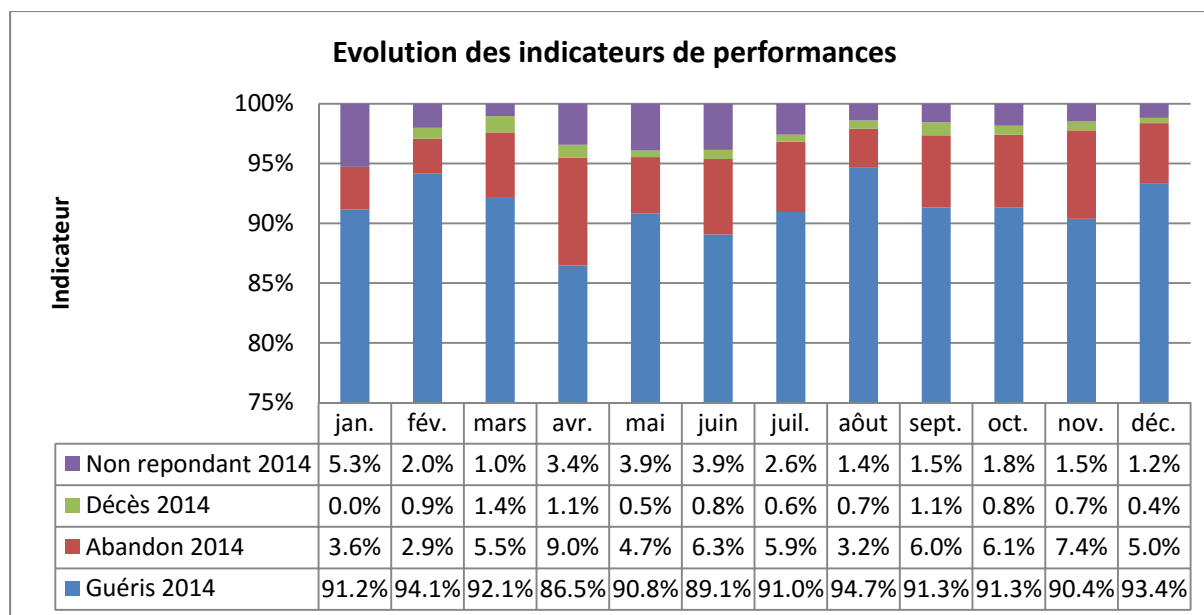
▪ Evolution des indicateurs de performance

Les indicateurs de performance sont restés globalement satisfaisant en respectant les normes SPHERE durant l'année 2014. Contrairement à 2013, le taux de non répondants en 2014 a été presque toujours en dessous de 5% durant toute l'année grâce aux activités de supervision et de renforcement de capacités techniques des agents de santé qui ont permis de corriger les erreurs d'admissions qui étaient la cause principale des non réponses.

Les taux de décès ont été plus élevés en 2014 sans toutefois atteindre les 10% recommandés par la norme sphère. Le pic observé en mars a coïncidé avec la mise en congé des chargés UNA et une augmentation du taux d'admission dans les UNA et à l'UNT. Des pics non moins importants ont été observés au cours des deux années en septembre avec l'arrivée massive des éleveurs nomades. Les pics coïncident avec le pic des maladies épidémiques en février, mars et septembre (IRA et paludisme).



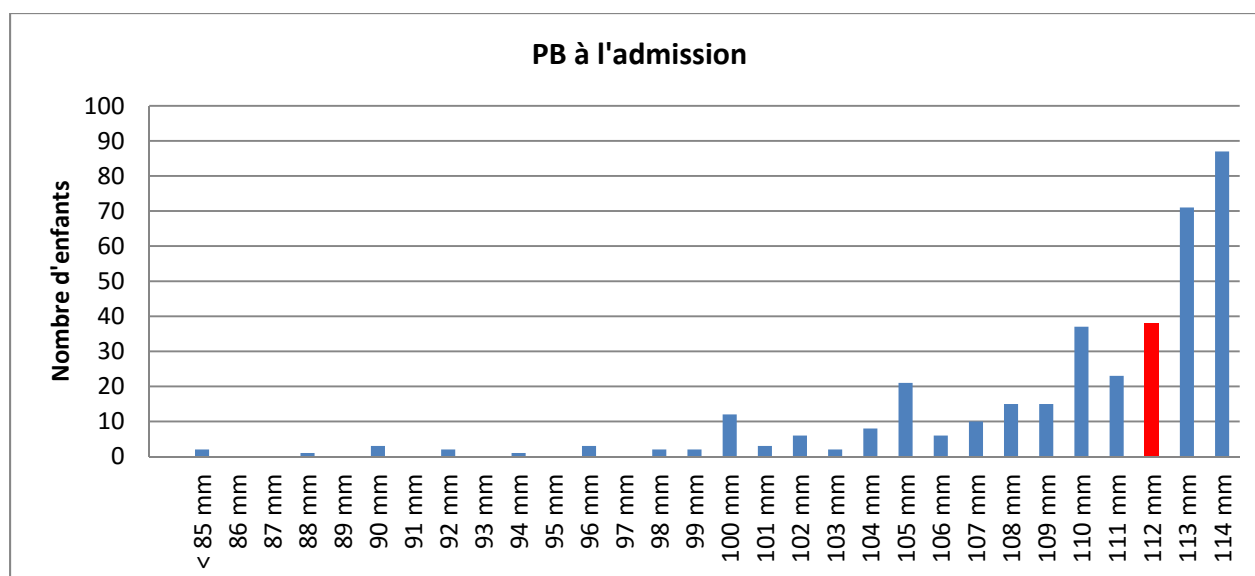
Figure 6: Evolution des indicateurs de performances dans les UNA/ UNT de janvier à Décembre 2014



▪ Analyse du périmètre brachial à l'admission

La médiane des BP à l'admission est de 112 mm ce qui traduit un dépistage précoce et régulier dans certaines zones de responsabilité donc un bon fonctionnement du réseau des relais communautaires qui assurent le dépistage actif d'une part et l'effort fournit par certaines mères en présentant leur enfant de façon spontanée au centre de santé d'autre part.

Figure 7: Distribution du périmètre brachial à l'admission dans les UNA du BeG sud.

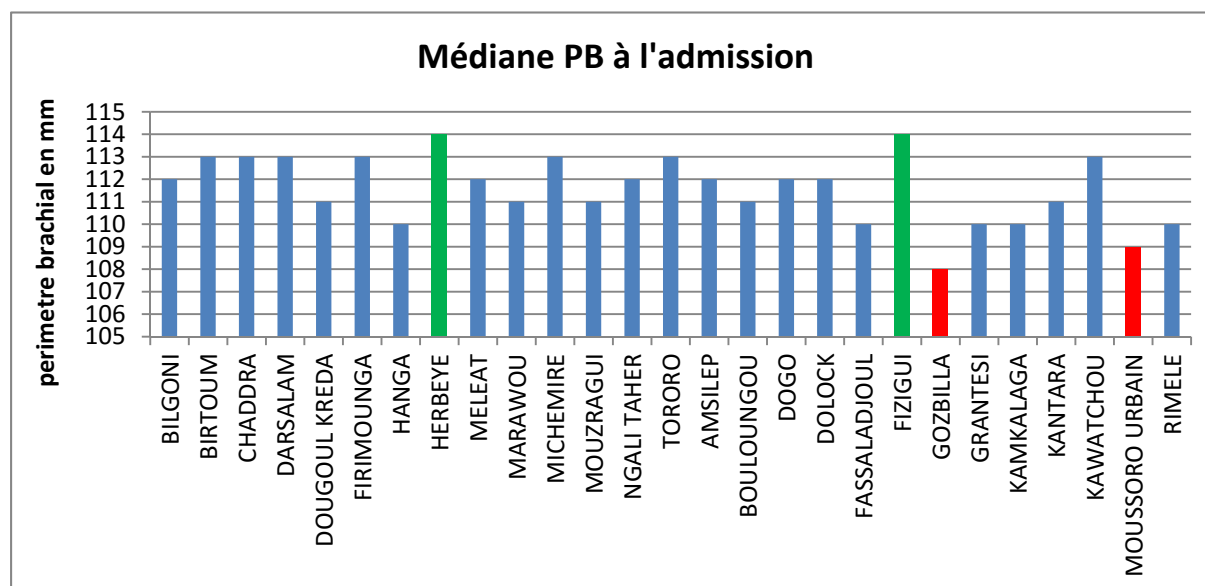




▪ Médianes des PB à l'admission par UNA

Les médianes des PB à l'admission dans la majorité des UNA, est supérieure à 112 mm. Par contre, les médianes dans les UNA de Gozbilla et de Moussoro urbain sont respectivement de 108 mm et de 110mm, donc une identification tardive des cas de malnutrition aigüe qui interroge sur la régularité du dépistage des relais communautaire de Moussoro et de Gozbilla; Ce retard constaté à l'admission des cas pourrait aussi s'expliquer par le mauvais accueil dans ces centres de santé qui ralentit les admissions spontanées. Dans le contexte de Moussoro urbain, la stigmatisation vis-vis de certaines mères pourrait expliquer le non déplacement précoce au centre de santé.

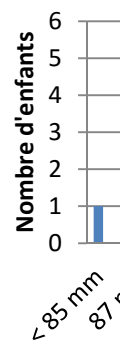
Figure 8: Distribution de de la médiane du périmètre brachial à l'admission dans le BEG sud, de Octobre 2014 à Janvier 2015



▪ Analyse du Périmètre Brachial à la sortie : Abandon

La médiane des abandons est de 119 mm, ce qui traduit un risque réduit de mortalité des cas d'abandons dans la communauté.

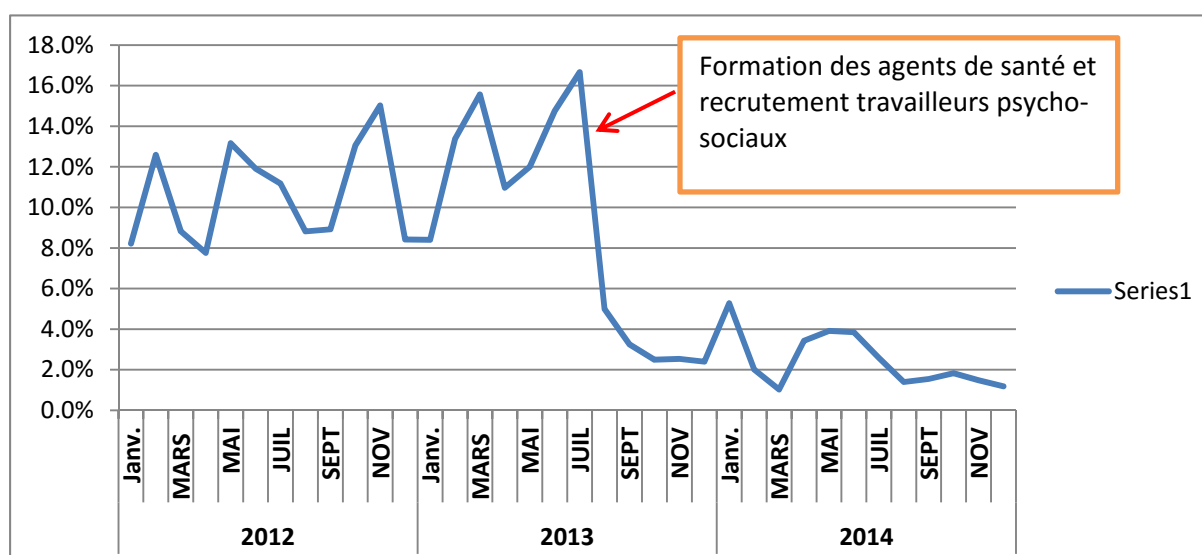
Figure 9: Distribution du périmètre brachial à l'abandon dans les UNA du BeG sud de Janvier à Décembre 2014



▪ Evolution des Non répondant

A partir d'août 2013, le taux de non-répondant a nettement chuté et est ensuite resté beaucoup plus bas qu'avant et durant toute l'année 2014. Cela s'inscrit dans la réponse apportée par le programme de formation des responsables des centres de santé qui intervenaient de manière assez lacunaire jusque-là et le renforcement de l'équipe SMPS (santé mentale et pratique de soins) qui a recruté 9 nouveaux travailleurs psycho-sociaux en juillet 2013 et a ensuite pu assurer le suivi des potentiel non répondants dans tous les UNA du programme.

Figure 10: Evolution des non répondants dans la région du BEG de janvier 2012 à Décembre 2014



▪ Durée de séjour avant guérison

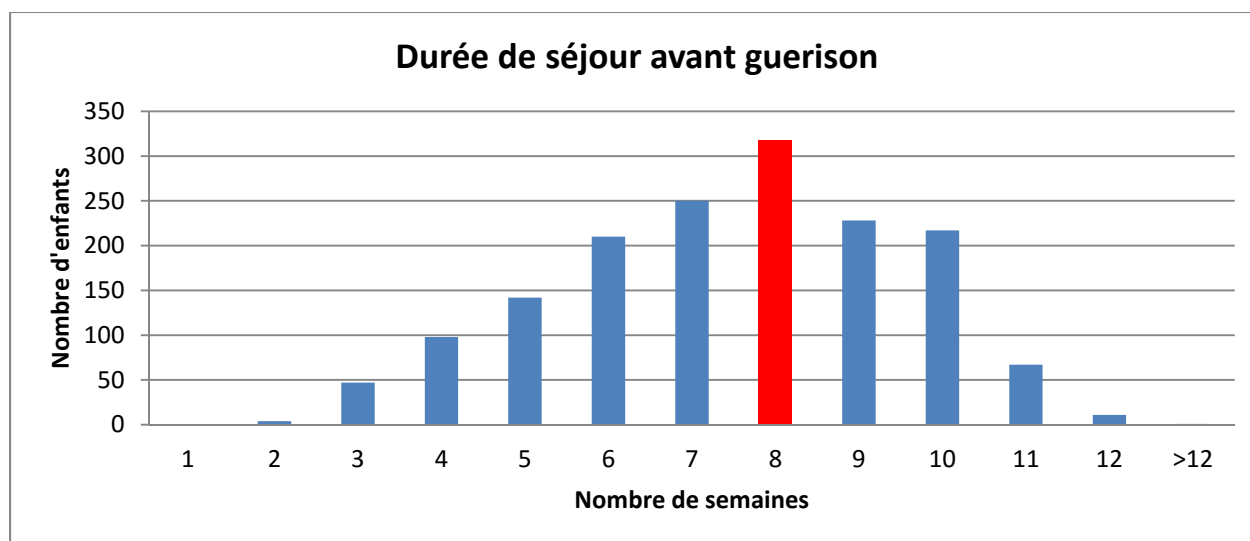
La durée de séjour la plus élevée pour les guérisons est de 8 semaines. Pourtant la norme établie par le récent protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe est



moins de 4 semaines. Cette longue durée de séjour s'explique par le partage de la ration des ATPE dans les familles et la pratique de ration minimale dans certains centres de santé aussi. Elle contribue aux abandons.

L'oubli de décharger certains enfants pourrait aussi expliquer cela.

Figure 11: Distribution de la durée de séjour avant guérison pour le total d'enfants guéris d' Octobre 2014 à janvier 2015



▪ Durée de séjour avant abandon

La médiane de la durée de séjour avant abandon est de 5 semaines. La distance parcourue par les bénéficiaires et les occupations des mères seraient en lien avec une longue durée de séjour. Aussi, la moitié des abandons a reçu un traitement pendant ce temps permettant de réduire le risque de mortalité dans la communauté.

Figure 12: Distribution de la durée de séjour avant abandon pour le total d'enfants sortis abandons d'Octobre 2014 à Janvier 2015

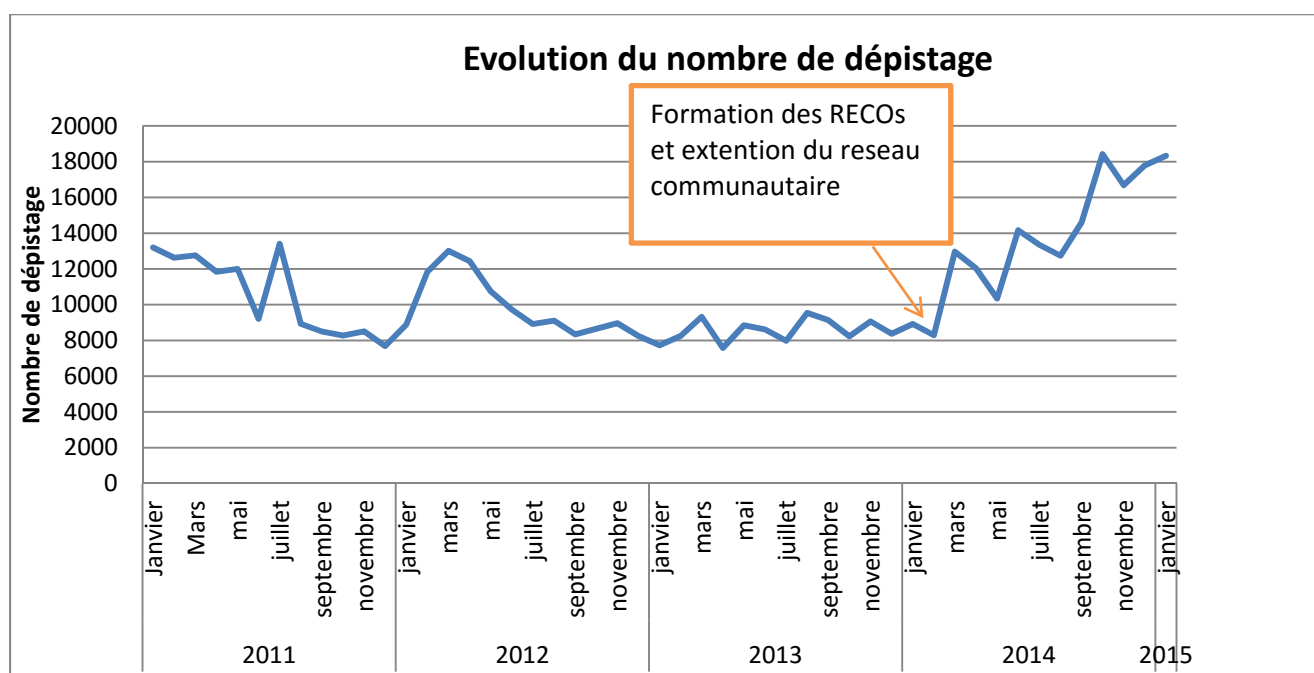


Nombre d'enfants

▪ Evolution des dépistages

Après l'observation au début du programme de mise en place du réseau communautaire (2011-2012), une stabilité jusqu'en Janvier 2014 ainsi qu'une augmentation progressive jusqu'en Janvier 2015 du nombre de dépistage effectués par les relais communautaires a été observée. Cette augmentation est en rapport avec la formation des relais communautaires en Février 2014 et l'extension du réseau communautaires qui est passé de 17 à 28 zones de responsabilité.

Figure 13: Evolution du nombre de dépistage dans la région du BeG de Janvier 2011 à Janvier 2015





c. Données qualitatives

La collecte des données qualitatives s'est déroulée en deux étapes :

- Première étape : Identification des informateurs clés identifiés par l'équipe d'investigation
- Deuxième étape : le choix des informateurs a été dirigé par les observations de la première étape en vue d'achever l'exhaustivité des données. Au total, plus de 50 entretiens semi-directifs et/ou discussions en groupe ont été réalisés sur l'ensemble du DSR du BEG, assurant la bonne représentativité spatiale et la triangulation des données par méthode et source.

La collecte des données qualitatives a été conduite à l'aide des guides d'entretien développés par le CMN pour chaque groupe d'informateurs clés afin de mieux orienter les discussions et assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies.

▪ COMPREHENSION DE LA MALNUTRITION

Les mères et les leaders communautaires interviewés semblent connaître la malnutrition. Les termes pour désigner la malnutrition varient parfois d'une communauté à une autre. Le terme Khomours (enfant qui n'a pas été allaité depuis sa naissance et en carence nutritionnelle) est employé chez les Goranes pour désigner la malnutrition ; c'est un terme péjoratif et stigmatisant pour les mères. Le terme « Amsilelé » est aussi employé par les goranes et en Arabe locale, il signifierait ventre ballonné ou enfant affamé. « Kili-kili » (amaigrissement) est utilisé chez les Kanembous. « Foufoutagna » qui signifie gonflement des pieds est employé par les Goranes tandis que « Hara » (œdèmes) est le terme commun à toutes les communautés. Il ressort, des différents entretiens, que les noms attribués à la malnutrition sont généralement liés aux signes et symptômes. Les signes évoqués sont généralement l'amaigrissement, la diarrhée, et le ballonnement abdominal. La malnutrition est comprise différemment selon que l'on soit en milieu rural ou milieu urbain. Pour plusieurs familles d'enfants en zone rurale, avoir un enfant MAS dans la famille est la garantie de disposer de l'ATPE pour tous les autres enfants dans la famille, qui restent avec leurs sœurs ou frères quand les parents vont dans les champs. Selon les agents de santé, c'est avec mécontentement que les mères retournent dans leurs villages lorsque les enfants sont déclarés bien portant à l'issue du dépistage dans les centres de santé. Pour ces mères avoir un enfant malnutri permet d'avoir de la ration alimentaire pour toute la famille. Cela se confirme également par le nombre de rechute élevé dans certaines zones de responsabilité. Pour plusieurs familles de la zone urbaine, notamment de Moussoro, la malnutrition est causée par la pauvreté et l'insuffisance de nourriture dans le ménage, ou l'allaitement pendant les grossesses ; d'où une honte pour les mères des enfants MAS. Cette raison pousse certains maris à interdire à leur femme la fréquentation du centre nutritionnel. A Moussoro, les entretiens ont fait ressortir l'existence de d'un sentiment de stigmatisation des familles d'enfants MAS. Contrairement aux mères d'enfants et aux



Leaders, certains hommes de la communauté pensent que la malnutrition est un sort que le guérisseur pourra conjurer. Pour certains hommes, mêmes si l'enfant a été traité avec succès dans une structure de santé, il faut absolument qu'il voit un guérisseur sinon ce sera un cas de rechute.

▪ INFLUENCE DES GUERISSEURS

Dans plusieurs localités et les zones de responsabilités, le premier recours aux soins est la médecine traditionnelle. Au sein des communautés, les guérisseurs jouissent d'une grande confiance. Plusieurs guérisseurs retiennent des enfants malades à leur niveau. Ces enfants sont victimes des pratiques de soins néfastes telles que les scarifications, les extractions dentaires et les cautérisations. Cela est reconnu par les guérisseurs eux-mêmes qui pensent que leur pratique n'a aucune conséquence sur la santé des enfants. Pourtant ces pratiques de soins néfastes aggravent l'état de santé de l'enfant déjà malnutris ; Certains parents, dans plusieurs zones de responsabilité, ne se rendent dans les UNA avec les enfants que sur autorisation préalable des guérisseurs qui suivent l'enfant. Selon les interviews réalisés avec les membres de la communauté sur l'itinéraire thérapeutique, il ressort que 79% mères ont eu recours d'abord aux guérisseurs dans les villages avant de venir dans les UNA. Dans certains cas, la distance pourrait favoriser le recours aux guérisseurs traditionnels. Se prévalant de leur proximité et de cette influence qu'ils ont avec les communautés, les guérisseurs souhaitent une reconnaissance officielle des autorités sanitaires afin de confirmer leur légitimité.

Une formation des guérisseurs sur le dépistage et le référencement avait été organisée au cours de ce projet. Selon l'équipe de la délégation sanitaire, on enregistre de plus en plus de référence d'enfants faits par les guérisseurs traditionnels depuis la première formation organisée avec eux sur le dépistage de la MAS.

▪ SENSIBILISATION ET CANAUX DE COMMUNICATION

La sensibilisation est assurée la plupart du temps par le personnel de santé et les RECOs dans les différentes zones de responsabilité les jours des UNA. Au Bahr el Ghazel, des messages de sensibilisations sont diffusés à la radio sur les thèmes de la malnutrition, de l'hygiène et de l'allaitement maternel exclusif. Les sensibilisations à la radio ont lieu 2 fois dans la semaine en Gorane, en Kanembous et en arabe.

Les sensibilisations personnalisées faites par le personnel de santé ciblent généralement les mamans dans les salles de test d'appétit sur l'hygiène, le partage des ATPE et lors des consultations des enfants ou pendant la remise des sachets d'ATPE : une explication est alors fournie sur le dosage. L'investigation a relevé qu'il faut aller au-delà des canaux de communication formels en incluant les canaux informels de communication. Les lieux de cultes, les cérémonies religieuses et coutumières sont des lieux privilégiés pour la transmission des messages de sensibilisation.

Les autorités religieuses et administratives souhaitent être impliquées dans les activités de sensibilisation pour mieux porter les messages.



Au sein des communautés, les activités de sensibilisation reposent également sur le réseau des RECOs. Ceux-ci ont été dotés de mégaphones et de boîtes à image. La sensibilisation censée se faire lors des grandes cérémonies (baptêmes, réunion de village) ne se fait plus régulièrement. La sensibilisation est plus axée sur les mères avec pour thème principale la reconnaissance des signes de la malnutrition. Cependant, les guérisseurs, les autorités administratives, les leaders religieux et les matrones interviewés souhaitent participer à cette sensibilisation parce qu'ils la jugent insuffisante. Estimant qu'ils sont beaucoup écoutés (mieux que les RECOs) ils pensent que leur implication pourrait donner plus d'impact aux messages de sensibilisation. L'insuffisance de la sensibilisation dans la communauté a été relevée comme une barrière par les leaders religieux et communautaires.

La matrice des canaux de communication ci-dessous résume les canaux de communication présentement disponibles dans la DSR du BEG. Certains canaux(en orange) sont couramment utilisés tandis que d'autres (en bleu et blanc) sont peu ou pas utilisés.

Tableau 2: Matrice des canaux de communication, département du BeG sud, Tchad, 2015

Canaux de communication	Diffusion de messages	« Leader d'opinion » encourage l'action	« Modèle » démontre la lutte et le succès	Engagement communautaire	Dialogue sur les barrières et solutions
« Peer à Peer »	X	X	✓	X	X
« Porte à Porte »	✓	X	✓	X	X
Discussions communautaires	X	X	X	X	✓
Théâtre communautaire / Evénements spéciaux	✓	✓	X	X	✓
Mass médias	✓	✓	✓	X	✓

▪ POUVOIR DECISIONNEL

Dans la région du BEG, l'homme est le chef de famille, il est chargé de chercher la subsistance pour la famille. La prise de décision lui appartient. Lorsqu'il y a une référence, la mère de l'enfant doit avoir l'autorisation du mari avant tout déplacement. =Parfois, ce pouvoir est détenu par la belle-mère (la mère du mari), et elle décide de l'acceptation ou non



de

la référence. Ce qui a parfois des conséquences sur la santé des enfants et abouti parfois à la mort. Lors des entretiens, à la question de savoir dans quel cas la femme pourrait prendre des décisions, tous les interlocuteurs ont répondu que la femme n'a le droit de prendre aucune décision dans le ménage même concernant la santé et la vie de son enfant. Aussi, le déplacement de la femme pour les rendez-vous dans les UNA est conditionné par l'accord préalable du mari. Avant chaque rendez-vous de suivi à l'UNA, le mari doit donner son accord avant que la femme ne se déplace malgré la bonne volonté des mères pour amener les enfants malades au centre de santé. Cela a été la cause de certains abandons selon les responsables de centre de santé. Les messages de sensibilisation délivrés devraient cibler les hommes, et cela pourrait être fait dans le cadre de « pair à pair ».

▪ MISE EN ŒUVRE DU SERVICE PCIMA

Les RCS sont responsables de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités. Ils sont généralement aidés par les relais communautaires et les bénévoles du centre de santé. Pour les mères des enfants MAS et les hommes de la communauté, le temps d'attente est très long. Elles perdent une journée entière pour honorer les rendez-vous. Ce mauvais accueil a été décrié par plusieurs mères dans le programme. C'est un facteur de découragement qui amène les mères à abandonner le programme. Plusieurs mères des enfants MAS se plaignent d'attendre plusieurs heures avant d'être reçues. L'attente peut durer de 4h à 6h de temps. Certaines mères sont obligées de passer la nuit dans certains villages au retour avant d'atteindre leur destination alors qu'elles ont d'autres enfants à charge au village.

▪ PARTAGE DE L'ATPE

L'une des difficultés du programme PCIMA mentionné par les responsables de centre de santé est le partage de l'ATPE. Certaines mères accompagnantes confirment qu'elles partagent la ration des enfants malades aux autres enfants quand ces derniers en réclament. L'ATPE est considéré plus comme un aliment qu'un médicament. Parfois, l'ATPE est le seul aliment que les mères laissent aux enfants avant d'aller vaquer aux travaux champêtres. Par ailleurs, il est ressorti des entretiens que certains adultes n'hésitent pas à consommer une partie de la ration de l'enfant. Ce fait ralentit le gain de poids et peut retarder la guérison de l'enfant ; parfois ces enfants sortent non répondant et sont retrouvés dans la communauté comme MAS.

▪ DISTANCE

La distance a été citée par les mères. En effet certaines mères éprouvent d'énormes difficultés pour rejoindre le centre de prise en charge, car elles sont à plus de 4 heures à dos d'ânes. Cette situation est aggravée par les conditions climatiques avec les tempêtes de sable et de poussière. C'est le cas des mères de Soffa (30 km de Michemire) qui refusent de faire le déplacement lorsqu'elles reçoivent un ticket de référencement du relais



communautaire. Certaines mères sont obligées de passer la nuit dans un autre village pendant leur retour.

La distance est identifiée comme l'une des barrières importante car elle est liée à plusieurs autres barrières. Généralement, la mère se déplace toute seule au centre de santé sans accompagnant dans des conditions climatiques difficiles (Forte chaleur, poussière). Certaines mères ont déclarés qu'elles ont recours aux guérisseurs traditionnels à cause de la distance qui les sépare du centre de santé. Plusieurs mères du district de Chaddra refusent le référencement à l'UNT de Moussoro en évoquant l'éloignant de l'UNT. La distance favorise le recours tardif aux soins, et le recours aux guérisseurs traditionnels dans le village.

▪ CONNAISSANCE ET APPRECIATION DU SERVICE PCIMA

Toutes les personnes interviewées sont informées de l'existence du service PCIMA dans leurs zones. Dans l'ensemble, le service PCIMA est bien apprécié dans la communauté, parce que les enfants y sont guéris, après quelques semaines de traitement. La disponibilité des intrants nutritionnels et la gratuité du traitement ont été relevées comme points forts dans plusieurs localités. Par contre, le mauvais accueil dans certains centres de santé, le rejet de certains enfants possédant des tickets de référencement et les admissions par affinité ont été mentionnés par certaines accompagnantes.

▪ AUTO-REFERENCEMENT DES MERES

Dans plusieurs zones de responsabilité, les mères viennent spontanément au centre de santé pour le dépistage, lorsqu'elles constatent que l'enfant est malade. Selon plusieurs mères interviewées, elles connaissent les signes de la malnutrition grâce aux messages transmis par les RECOs. Il a été notifié plusieurs cas d'auto-référencement dans les centres de santé.

▪ DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE

Le dépistage communautaire est bien organisé selon les personnes interviewées (leaders communautaires, personnel de santé, les RECOs). Il repose sur un réseau de RECOs reparti en rayon d'action (rayon de 0-5km, rayon de 6-10km, rayon de plus de 10 km). Il existe deux types de RECO dans le BEG : Les RECOs niveau village et les RECOs niveau centre de santé. Les RECOs niveau village transmettent les données du dépistage au RECOs niveau centre de santé qui participent aux réunions mensuelles avec le RCS. Il existe deux RECOs niveau village qui font régulièrement le dépistage chaque mois dans le village. Ils distribuent des tickets de couleur rouge ou jaune aux enfants en fonction de leur état nutritionnel : les enfants dépistés MAM ont un ticket jaune, les enfants dépistés MAS ont un ticket rouge. Avec leur ticket les enfants se rendent dans le centre de santé auquel est rattaché leur village. Les souches des tickets sont remises aux responsables des centres de santé. Les données issues du dépistage sont analysées avec les souches de carnet de référencement au cours des réunions mensuelles qui se tiennent dans chaque centre de



santé. Chaque relais communautaire dispose d'un kit de dépistage communautaire. Il a été relevé pendant l'investigation que le dépistage communautaire n'était pas régulièrement fait dans les rayons de plus de 15 km. Les raisons de l'irrégularité du dépistage dans ces zones de plus de 15 km était due à la démotivation de ces RECOs qui ne recevaient pas de visite des RCS.

d. Cartes conceptuelles

Figure 14: Carte conceptuelle: Lien entre les boosters

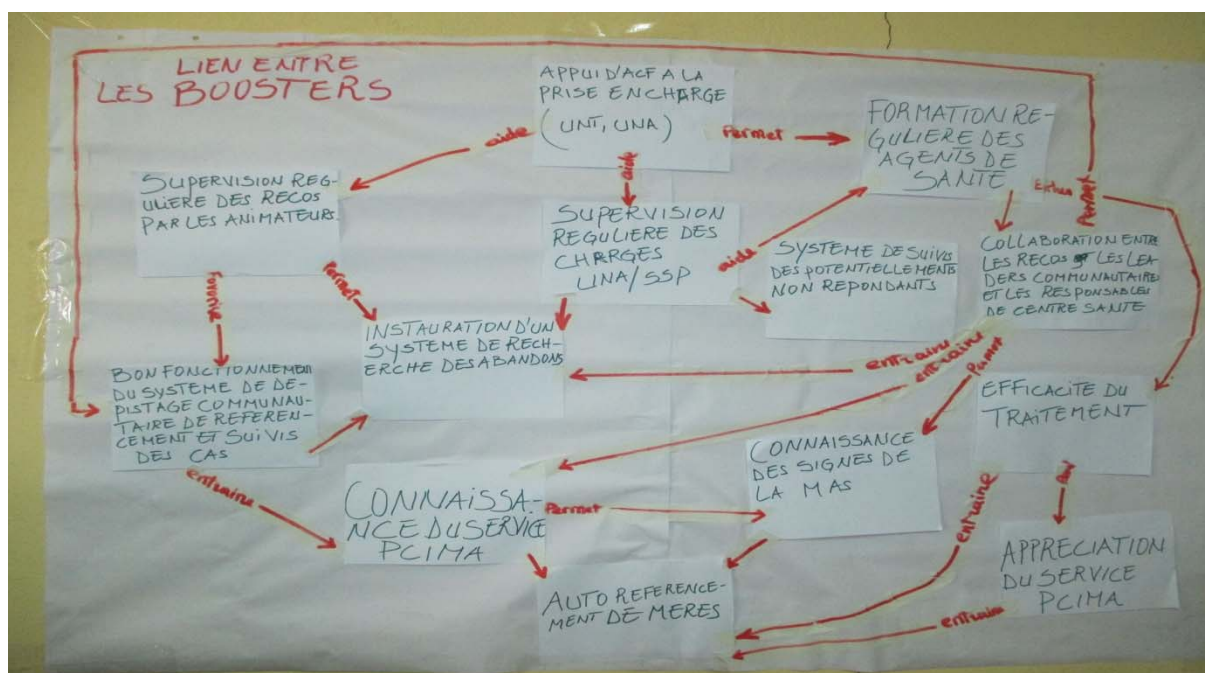
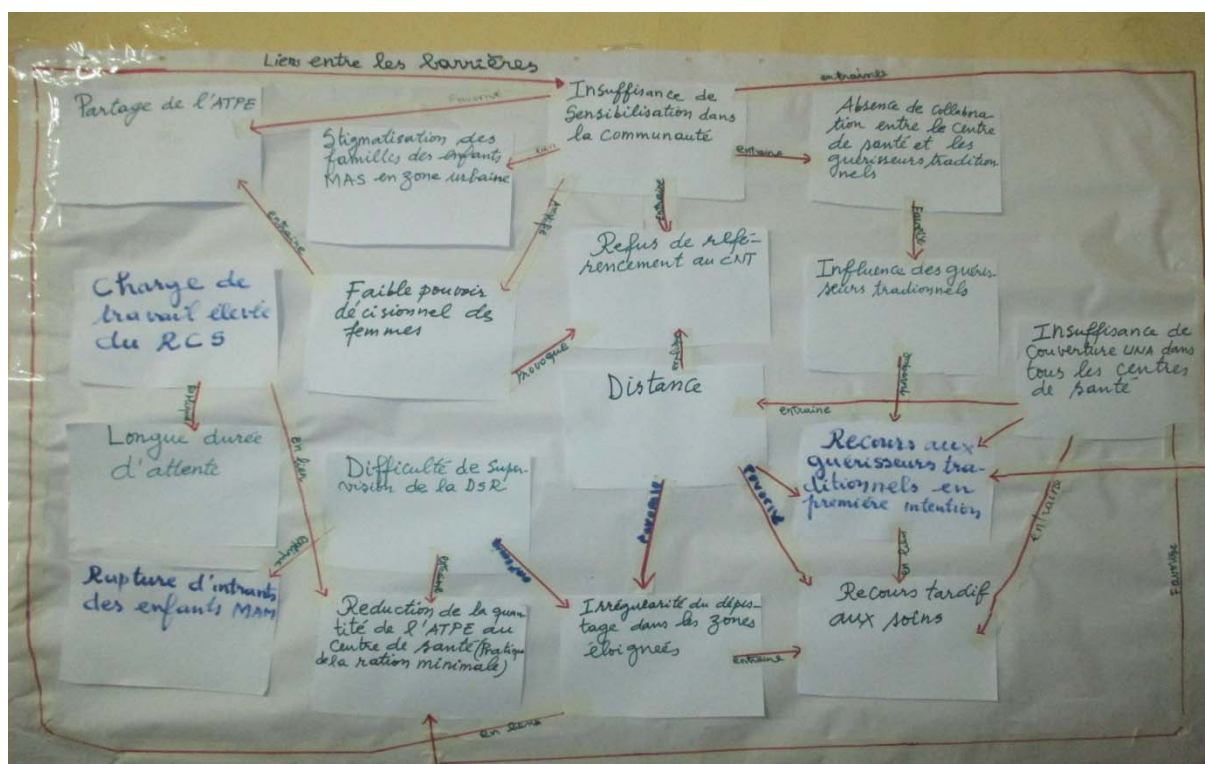


Figure 15: Carte conceptuelle: Lien entre les barrières



2. ÉTAPE 2

L'analyse des données de routine du programme, les données quantitatives ainsi que les données qualitatives collectées pendant l'étape 1, nous a permis de formuler les hypothèses suivantes:

- La couverture est probablement élevée dans les zones proches des UNA où se déroulent des activités communautaires régulières.



- La couverture est probablement faible dans les zones éloignées des UNA où les activités communautaires sont irrégulières.

a. Petite enquête géographique

La petite enquête géographique est utilisée pour tester des hypothèses sur la distribution spatiale de la couverture. Une petite enquête géographique a été menée sur 3 jours afin de vérifier ces hypothèses. Vingt villages ont été sélectionnés pour tester les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée, sur la base des critères suivants :

- 10 localités de couverture élevée dont 5 dans les rayons de moins de 5km (zone A) et 5 localités dans les rayons de plus de 5km (zone B).
- 10 localités de couverture faibles dont 5 dans les rayons de moins de 5km (zone A) et 5 localités dans les rayons de plus de 5km (zone B).

Tableau 3: Liste de des villages sélectionnés pour la petite enquête géographique, BeG sud, Tchad, 2015

Hypothèse	Village	Distance
Zone de couverture suppose faible	Bindri 1	-
	Djanabara	
	Hille Naga	
	Wouzé	
	Toro koroti	
	Dounyadouroussé	
	Soffa	
	Goufour	
	Dalami	
	Hille claire	
Zone de couverture supposé élevée	Badalah saleh	+
	Fatchacha	
	Clair 1	
	Ridina	
	Sourouga	
	torey 1	
	Darsalam	
	Diguine I	
	Alati	
	Madardaye	

Tableau 4: Résultats de la petite enquête géographique; Département du Beg Sud, Région du Beg, Tchad, 2015



Zones de couverture plus élevée	Nombre total de cas MAS	5	
	Cas MAS couverts	3	
	Cas MAS non couverts	2	Mère trop occupée, charge des autres enfants Préfère la médecine traditionnelle
	Cas en voie de guérison		
Zones de couverture plus faible	Nombre total de cas MAS	7	
	Cas MAS couverts	2	
	Cas MAS non couverts	5	Ne sait pas que l'enfant est malnutri
			La distance, (les 3 mères sont à 30 Km)
			La distance, (les 3 mères sont à 30 Km)
			La distance
	Cas en voie de guérison		Enfant déchargé guéri

L'analyse des résultats est réalisée au moyen de la méthode LOAS afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à la valeur seuil fixée à 50%. La règle de décision a été calculée selon le CALCUL 1. Calcul suivant :

CALCUL 1. Calcul de classification LOAS ; DSR du Beg, Tchad, 2015.

$$d = \left\lfloor n \times \frac{p}{100} \right\rfloor$$

d : règle de décision

n : nombre de cas de MAS trouvés

p : couverture standard définie pour la zone

Tableau 5: Vérification des hypothèses sur les zones de couvertures élevées et les zones de couvertures faible

	Zone de couverture élevée	Zone de couverture faible
Couverture recherchée (p)	50%	50%
Nombre de cas MAS trouvés (n)	5	7
Cas MAS couverts	3	2
Règle de décision (d)	$= \lfloor 5 \times 50/100 \rfloor = \lfloor 2,5 \rfloor = 2$	$= \lfloor 7 \times 50/100 \rfloor = \lfloor 3,5 \rfloor = 3$
Déductions	Nombre de cas MAS couverts (3) règle de décision (2) Couverture actuelle 50 % Hypothèse vérifiée	Nombre de cas MAS couverts (2) règle de décision (3) Couverture actuelle 50 % Hypothèse vérifiée

Les résultats de la petite enquête géographique nous ont permis de confirmer les hypothèses sur les taux de couverture faibles ou élevés : les zones les éloignées des



structures sanitaires (plus de 10km) ont une couverture plus faible que les zones proches des structures sanitaires (moins de 5km).

b. Formation de la probabilité a priori

À cet effet, la probabilité a priori a été développée : il s'agit d'une représentation statistique de la « croyance » que l'équipe d'investigation a pu développer sur le niveau de couverture à partir des conclusions des analyses des données quantitatives et qualitatives.

Elle se construit à partir de la moyenne des estimations de la couverture suivantes :

1. L'outil BBQ simple
2. L'outil BBQ pondéré
3. Le schéma conceptuel
4. L'histogramme des croyances.

Tableau 6: Détail des calculs de la mode de la probabilité a priori pour la DSR du BEG

Outil	Barrière	Booster	Calcul	Résultats
BBQ simple	14	13	$\text{mode a priori} = \frac{(13 \times 7\%) + [100\% - (14 \times 7\%)]}{2}$	46, 5%
BBQ pondéré	62	42	$\text{mode a priori} = \frac{63\% + [100\% - 42\%]}{2}$	52%
Schéma conceptuel	22	26	$\text{mode a priori} = \frac{22\% + [100\% - 26\%]}{2}$	48%
Histogramme	61	47		44%
Probabilité a priori				48,08%

Ensuite, Les paramètres de forme α a priori et β a priori ont été calculés selon les calculs bayes élaborés dans la référence technique SQUEAC/SLEAC avec le mode la probabilité a priori de 48,08 %, dont le degré de certitude oscillait entre $\pm 25\%$.

La distribution de la densité de la probabilité a priori a un « intervalle crédible » de 95% (i.e. l'équivalent bayésien de l'intervalle de confiance) entre 16,8 % et 18,14 %.



3. ETAPE 3

a. Construction de l'évidence vraisemblable : enquête sur grande zone

▪ ECHANTILLONNAGE

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante :

$$n = \left\lceil \frac{\text{mode} \times (1 - \text{mode})}{(\text{précision} \div 1.96)^2} - (\alpha \text{ priori} + \beta \text{ priori} - 2) \right\rceil$$

La dernière estimation de la prévalence de la MAS dans la région du Bahr el Gazel est de 1,4 % avec 0,7 comme borne inférieure de l'intervalle de confiance selon la dernière enquête SMART (évaluation de la situation nutritionnelle et de mortalité, de la couverture et la prise en charge nutritionnelle dans les régions de la bande sahélienne du Tchad). La borne inférieure a été utilisée pour avoir une estimation faible plutôt élevée comme recommande dans le guide SQUEAC.

L'enquête sur grande zone a été menée dans 56 villages répartis dans les 28 zones de responsabilité de la zone cible d'enquête, et sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié. La taille d'échantillon souhaitable obtenue avec la calculatrice de Bayes était de 56 pour une précision de 10%. Au total, 43 cas ont été recensés pendant l'enquête. Les résultats sont présentés dans le tableau 7 :

▪ RESULTAT

Tableau 7: Résultats de l'enquête sur grande zone (Département du BEG Sud, Région du BEG, Tchad, 2015)

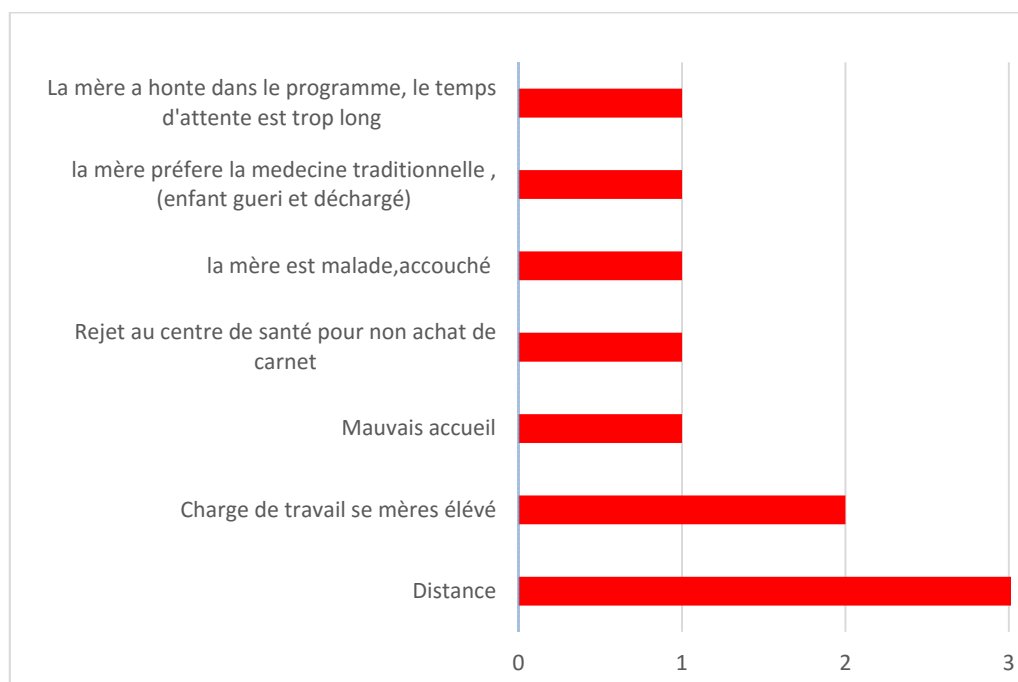
	Nombre de cas
Nombre total de cas de MAS	43
Cas couverts	31
Cas non couverts	12
Cas en voie de guérison	13

Il est important de rappeler que l'un des objectifs de la méthodologie SQUEAC est d'identifier les barrières à l'accès au programme et d'y remédier dans la mesure du possible. Ainsi un questionnaire était administré aux mères/accompagnantes des enfants



malnutris qui n'étaient pas pris en charge dans le programme et les résultats sont représentés dans la figure ci-dessous:

Figure 16: Barrières à l'accessibilité des cas MAS non couverts - enquête sur grande zone ; Département du BEG Sud, Région du BEG, Tchad, 2015



Au cours de la recherche active des cas, un questionnaire a été soumis aux mères des 12 cas MAS non couverts par le programme PCIMAS afin de comprendre les raisons de non couvert par le programme. Sur les 12 mères des enfants MAS, 1 mère (8,3%) affirme avoir été rejetée au centre de santé parce qu'elle n'avait pas acheté le carnet. Ce qui pose le problème du non-respect de la politique de gratuité par certains responsables de centre de santé. Une autre mère (8,3%) a affirmé avoir une préférence pour la médecine traditionnelle parce que l'enfant aurait été traité une fois dans une UNA, avec la rechute elle n'avait plus l'envie de revenir à l'UNA. Elle avoue sa confiance en la médecine traditionnelle d'où la confirmation de la grande influence des guérisseurs. La plus importante des barrières relevées ici est la distance mentionnée par 25% des mères, suivie par la charge de travail élevée (16%) ; les mères qui en plus de s'occuper de l'éducation des enfants doivent s'occuper de leurs maris et des soins des enfants.

b. Estimation de la couverture globale: Probabilité a Posteriori

Trois mesures peuvent être utilisées pour exprimer les résultats des évaluations de la couverture des programmes nutritionnels:



- La couverture actuelle représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclue uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère.
- La couverture de la période 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).

La couverture unique a été développée en 2015¹ et tient compte, comme la couverture période, des enfants sévèrement malnutris et ceux en voie de guérison. Elle prend en plus en compte les enfants ayant pu guérir spontanément dans la communauté. Cet indicateur unique plus précis, permet à tous les programmes d'utiliser la même méthode de calcul. La recommandation du CMN est d'utiliser cet indicateur et d'abandonner les autres méthodes de calcul².

▪ Calcul de la couverture unique

CALCUL 2. Calcul de la couverture ; Délégation Sanitaire de Barh et Gazal, Region de BEG Tchad, 2015.

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

$$k = \frac{7,5}{2,5} =$$

$$C_{in} = \text{cas de MAS couverts} = 31$$

$$C_{out} = \text{cas de MAS non couverts} = 12$$

$$R_{in} = \text{cas en voie de guérison} = 13$$

$$R_{out} \approx \left\lfloor \frac{1}{3} \times \left(13 \times \frac{31 + 12 + 1}{31 + 1} - 13 \right) \right\rfloor = 1$$

$$\text{Couverture} = \frac{C_{in} + R_{in}}{C_{in} + C_{out} + R_{in} + R_{out}} = \frac{31 + 13}{31 + 12 + 13 + 1} = \frac{44}{57} = 77,19\%$$

Figure 17: Représentation graphique de la probabilité à posteriori; Département du BEG Sud, Région du BEG, Tchad, 2015

¹Field Exchange, Emergency Nutrition Network Mars 2015 , page 81

² Il est possible de recalculer la couverture des programmes ayant d'utiliser les anciennes méthodes de calcul pour permettre par exemple une comparaison et suivre les évolutions



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



0 1

Couverture: 66,4 % (95% IC 56,3%-75,2%) ; Z-test : $z = -2,84$, $p = 0,00046$

Conflit ! Car p est inférieur à 0,05

La traduction par la calculatrice Bayes fait apparaitre un conflit entre l'a priori et l'évidence vraisemblable quelques soit la méthode utilisée.

DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

La capacité du programme à répondre aux besoins est traduite par l'adéquation entre les tendances des admissions et le calendrier saisonnier même si la distance est identifiée comme barrière principale lors de l'enquête sur grande zone.

Les résultats obtenus dans la troisième étape montre qu'il y'a un conflit évident entre la probabilité a priori et l'évidence vraisemblable car p reste inférieur à 0,05 .Cela est traduit par le faible niveau de chevauchement.

Le conflit serait-il venu du fait que l'équipe d'investigation a estimé trop bas l'apriori en ne tenant pas compte des nouveaux programmes et de l'extension des activités à d'autres zones de responsabilité ?

Les investigations menées afin d'identifier les causes du conflit n'ont pu donner de réponses. Néanmoins, d'autres hypothèses pouvant justifier la présence de biais ont été analysées :

- Le choix des enquêteurs constitué majoritairement du staff programme a pu constitué un biais si les équipes ont eu tendance à ne rechercher que les enfants dans le programme.
- La méthode utilisée pour la recherche active des cas a-t-elle été orientée avec l'utilisation du terme « plim-plim » qui ne désigne pas enfants malnutris mais ceux qui consomment l'ATPE par certaines équipes pour rechercher les cas MAS dans la communauté ?
- La communauté a-t-elle eu la bonne compréhension de la malnutrition ? La recherche active des cas faite à l'aide d'images des enfants MAS, a-t-elle facilité la compréhension au sein de la communauté ?

La précédente évaluation SQUEAC réalisée dans la même zone avait estimé la couverture à 37,7% [IC 95% : 29,0% - 47,3%]. Depuis Avril 2014, et conformément aux recommandations de la précédente SQUEAC, il y'a eu une extension de l'appui d'ACF à d'autres UNA(de 20 UNA en 2013 à 28 UNA en 2014), une extension du réseau communautaire à toutes les UNA (de 17 en 2013 à 28 en 2014), La mise en œuvre d'un programme intégré de soins de santé primaire-nutrition avec l'approvisionnement régulier des 28 centres de santé en médicaments essentiels afin de lutter contre les 5 pathologies tueuses de l'enfant, la tenue d'un atelier avec les leaders communautaires et les guérisseurs traditionnels sur l'utilisation des services de santé et le référencement précoce des enfants MAS, la mise en place d'un système de recherche des abandons entre le volet UNA et le volet mobilisation communautaire.Par ailleurs plusieurs recommandations de la précédente SQUEAC ont été suivies d'actions tant au niveau du volet de la prise en charge que du volet de la mobilisation communautaire.



Malgré le fait que l'estimation de la couverture découlant de l'étape 3 ne peut être validée en cas d'apparition de conflit, l'investigation a dévoilé une nouvelle composition des barrières et des boosters qui permet l'amélioration continue du programme .

Parmi les barrières identifiées, la distance a été mentionnée par un grand nombre de mères lors de l'enquête sur grande zone. Bien que quelques guérisseurs réfèrent des enfants MAS, la majorité en retient beaucoup. L'impact des activités de sensibilisation du volet mobilisation communautaire et de la santé mentale et pratiques de soins à contribué à la connaissance du service PCIMA. Toutefois, l'implication de toutes les couches sociales dans ces activités de sensibilisation pourrait garantir une meilleure compréhension des messages délivrés.



RECOMMANDATION 1 :

Renforcer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectifs	Justifications	Responsable	Indicateurs de performance	Cible	Délai
Recruter le personnel d'appui dans les centres de santé afin de réduire la charge de travail du RCS	Lenteur dans la prestation du service, mauvaise qualité de prestation de service	DSR, ACF, Communauté	Satisfaction des accompagnants par rapport aux temps d'attente, bon suivi des enfants par le RCS	50% des CS ont le personnel d'appui	1 an
Faciliter l'accès économique aux mères des enfants MAS aux soins.	Vente de carnet de santé	DRS/ACF	Nombre des enfants ayant reçu des carnets gratuits	RCS	2015
Améliorer la qualité d'accueil	Nbre élevé de rechute Discontinuité du suivi des enfants Mauvais accueils	DSR /ACF	taux de rechute diminué Nbre d'enfants ayant suivi correctement Nbre des femmes PEC Taux de satisfaction des accompagnants	RCS, CUNA, Equipe mobile, personnels d'appui Mères d'enfants malnutris	2015
Réduire le délai d'attente en formant les volontaires dans l'organisation du circuit de la PEC et en instaurant plusieurs points de consultations dans les grands centres	Longue durée d'attente	DSR/ACF/PAM	Temps d'attente réduit circuit clair et organiser	Personnels de sante volontaire	

RECOMMANDATION 2

Mettre en place une stratégie de l'approche communautaire avec différents acteurs communautaires en complément au travail effectué par les relais communautaires

Objectifs	Justifications	Responsable	Indicateurs de performance	Cible	Délai
Identifier les personnes influentes de la communauté en vue de la sensibilisation et valoriser les différents canaux de sensibilisation,	Non implication des personnes influentes de la communauté	ACF, DSR, communauté	Nombre des agents sensibilisateurs, Nombre des séances de sensibilisation	80% de la communauté est sensibilisée	Dès la validation du rapport
Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et leaders religieux sur la problématique de la malnutrition	Stigmatisation des familles des enfants MAS	DSR, ACF, communauté	Nombre de séances de sensibilisation, augmentation de nombre des enfants MAS PEC dans les UNA urbaines	70% de la population urbaine est sensibilisée	
Renforcer la collaboration entre les RCS et les guérisseurs traditionnels, formation de tous les guérisseurs dans les 47 zones de responsabilités avec UNA sur la technique de	influence des guérisseurs traditionnels Recours tardifs aux soins de qualité dans les	DSR/ACF	94 guérisseurs formes	guérisseurs traditionnels	3 trimestre 2015



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



dépistages et référencement des malnutris	CS,				
RECOMMANDATION 3 : Assurer la disponibilité des intrants nutritionnels en quantité suffisante au niveau des structures de santé					
Faire le plaidoyer à travers la DSR pour la disponibilité des intrants MAM en quantité par le PAM et pouvoir disposer toujours de stock de sécurité	Lenteur dans la livraison, faible estimation des besoins en intrants,	DSR, PAM, RCS	Disponibilité continue des intrants MAM,	0% de rupture des intrants	Dès la validation du rapport
Former les RCS sur la gestion des intrants	mauvaise gestion des intrants	DSR, PAM, RCS	nombre de formations réalisées sur la gestion des intrants	80% des RCS formés	6 mois
Rendre Disponible les ATPE, mettre en place un stock de contingence dans la DSR	Réduction de la quantité de l'ATPE au centre de santé (pratique de la ration minimale)	DSR//UNICEF	Ration normale dans les UNA présence de 3000 PPN comme Stock de contingence DSR	DSR/UNICEF	2ieme trimestre
RECOMMANDATION 4 Renforcer la stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaire afin d'assurer les activités régulières de dépistage et de sensibilisation à toutes les couches sociales					
Objectifs	Justifications	Responsable	Indicateurs de performance	Cible	Délai
Permettre aux femmes d'accéder aux services de santé même en cas d'absence du chef de ménage	Pesanteur socio culturel faible pouvoir de décision	Chefs de ménage, chefs de village, leaders religieux, ACF, DSR	Augmentation des fréquences de consultation dans les CS	75% des chefs de ménage et leaders religieux sensibilisés	Dès la validation du rapport
Sensibiliser les accompagnants et les mères lors des transferts vers les UNT pour faciliter les référencements et reduire es abandons dans les UNT	Faire face aux refus de transfert,	DSR, ACF, communauté	Augmentation des fréquentations dans les UNT, augmentation de nombre des UNT	80% acceptent la référence aux CNT	1 an
Faire des dépistages évènementiels dans les zones éloignées	Irrégularité du dépistage dans les zones éloignées Irrégularité du dépistage dans les zones éloignées	DSR, ACF ReCos et animateurs (ACF)	Nbre des enfants dépistés et Nbre de dépistage réalisé	Enfants de 6-59 mois	Dès la mise en place du nouveau projet 2015
RECOMMANDATION 5 : Renforcer les mécanismes de coordination des acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë					
Objectifs	Justifications	Responsable	Indicateurs de performance	Cible	Délai
Renforcer en personnels l'équipe cadre (PF NUT district) et les moyens logistiques pour la supervision intégré	insuffisances de supervision DSR	DSR/coordination ACF	6 personnels affectés de la DSR 1 véhicule disposé par mois	Personnels de sante	2ieme trimestre



COVERAGE MONITORING NETWORK

COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



Organiser régulièrement les supervisions conjointes			pour la supervision conjointe		
--	--	--	-------------------------------	--	--



ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Equipe d'investigation SQUEAC

PRENOM	NOM	SEXE (M/F)	POSTE	ORGANISATION	EMAIL
KONE	Siriki	M	RP Mobcom	ACF	Konesiriki50@yahoo.fr
KOUADIO	Anatole	M	RP UNT et Clinique Mobile	ACF	toliokouadio1@gmail.com
KIEMA	Léonard	M	RP UNA/SSP	ACF	leonardkiemag@gmail.com
Zigro	Lardoum	F	Adjointe RDD nutrition/santé	ACF	Zigrolardoum@yahoo.fr

Liste des Enquêteurs

PRENOM	NOM	SEXE (M/F)	POSTE	ORGANISATION
VOURBANE	Katchebe	M	Adjoint RP UNA/SSP	ACF
MAHAMAT	Mahamat Ben	M	Superviseur chef Mobcom	ACF
GANNA	Abadi Mahamat	M	Animateur mobcom	ACF
ADJI	Mahamat Abdramane	M	Animateur mobcom	ACF
AHMAT YOUSSEF	Alhadje Mahamat	M	Animateur mobcom	ACF
ARABI	Moustapha	M	Enquêteur	
YOUNOUS	Azze Brahim	F	Enquêteur	
MITLASSOU	Hawa Antoine	F	Animatrice mobcom	ACF
OUTMAN	Mahamat Ali	M	Animateur mobcom	ACF
IDRISS	Moustapha Abdraman	M	Enquêteur	
KERIMA	Zamzam Ahmat	F	Animatrice mobcom	ACF



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE





2. ANNEXE 2 : Chronogramme de la formation et de l'évaluation

Activités	Besoins Log	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7
Revue Documentaire - analyse des données de routine	vidéoprojecteur, salle, flip chart											X	X															
Atelier d'introduction à la méthodologie SQUEAC (les PM et adjoints) et analyse des données de routine	vidéoprojecteur, salle, flip chart											X	X															
Collecte de données qualitatives (entretiens) structures de santé et communauté	4 véhicules															X	X	X										
Formations enquêteurs																			X									
Enquêtes sur petites zones	4 véhicules																			X	X							
Synthèse des données/ Elaboration de la probabilité a priori	vidéoprojecteur, salle, flipchart																					X	X					
Echantillonnage/ prépa enquête sur grande zone	l'enquete sur grande zone avec																						X					
Enquête sur grande zone	5 véhicules																							X	X	X	X	
saisie des Données																												
Analyse des Données	vidéoprojecteur, salle, flipchart																											
Rédaction du Rapport																												
Nb de vehicules												4				4	4	4	2	4	4		1		5	5	5	5
Nombre de superviseurs												2				2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2
Nombre d'enquêteurs																			8	8	8			8	8	8	8	8



3. ANNEXE 3: BBQ (Barrières)

Barrières identifiées	Sources	Méthodes
1. Absence de Collaboration entre les centres de santé et les guérisseurs traditionnels	PS, GT, RC	e, g, s
2. Insuffisance de sensibilisation dans la communauté	AS, PS, LC	s, g, e
3. Faible pouvoir de décisionnel des femmes	AM,PA, FM, MA,LC, LR	e, s, g
4. Rupture d'intrants des enfants MAM	PS, LC, RC	e, s
5. Charge du travail élevée du RCS	AS, PS, PA, AM,MA, IN	e, s, g, h
6. Refus de référencement au CNT	HC, FC, AM, MA, PO	s, g, e
7. Stigmatisation des familles des enfants MAS en zone urbaine	LR,AA, PS, AS,MM	s, e
8. Partage de l'ATPE	AM, PS, AS, PO,FC	s, g, e
9. Longue durée d'attente	IN,HC, FC, RC, AM, MM	s, g, e, o
10. Distance	AS,PS,AM, PO, IN,RC,	e, s, g, h
• Insuffisance de couverture UNA dans tous les centres de santé	AM, LC, LR, MM, MA, RC	
11. Influence des guérisseurs traditionnel	PA, IN, GT, HC,AM, RC	h, e, s, g
• Recours aux guérisseurs traditionnels en première intention	PA, IN, GT, HC,AM,	
• Recours tardif aux soins	AS, PO, PS,	
12. Difficulté de supervision de la DSR	AS, PO, PS,	e, s
13. Réduction de la quantité de l'ATPE au centre de santé (pratique de la ration minimale)	AM, MA, FC, PO,	s, g, e
14. Irrégularité du dépistage dans les zones éloignées	LR, PS, IN, RC	s, e



4. ANNEXE 4 : BBQ (Boosters)

Boosters identifiés	Sources	Méthodes
1. Formation régulière des agents de santé	AS, PS, PO,	s, e
2. Bon fonctionnement du système de dépistage communautaire, de référencement et suivis des cas	RC, PS, AS, PO, AM, HC, FM, , LC, PS	e, s, g
3. Supervision régulière des RECOs par les animateurs		
4. Supervision régulière des chargés UNA/SSP		
5. Appréciation du service PCIMA	LC, LR, AM, HC, FC	e, g, s
6. Connaissance du service PCIMA	PS, AM, MA, PO, LR, LC, MM	s, g, e
7. Connaissance des signes de la MAS	LC, AM, LR, FC	e, g, s
8. Instauration d'un système de recherche des abandons	PO, RC, AS, PS	g, s, e
9. Collaboration entre les RECOs, les leaders communautaires et les responsables de centres de santé	AS, PO, AM, HC, PS, RC	e, g, s, h
10. Appui d'ACF à la prise en charge (UNT, UNA)	AS, PS, AA, RC, PO, IN	s, e
11. Efficacité du traitement	LR, AM, MA, LC, HC, FC, IN	h, e, s, g
12. Auto référencement des mères	AM, PS, AS, PO, IN	e, s,
13. Système de suivis des potentiellement non répondants	PS, MA, PO, AS	s, e