



**NAME OF PROGRAMME:** Assistance sanitaire aux populations vulnérables affectées par le conflit dans la Province du Nord Kivu (ECHO/COD/BUD/2014/91013)

**LOCATION:** Zones de Santé Kirotshe et Masisi, District Sanitaire de Masisi, Territoire de Masisi, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo

**DATE OF INVESTIGATION:** Février 2015

**AUTHOR(S):** Justine NAMWANGU KABUSOKO (COOPI)

**TYPE OF INVESTIGATION:** SQUEAC

**TYPE OF PROGRAMME:** MAS UNTA

**IMPLEMENTING ORGANISATION:** Cooperazione Internazionale – COOPI



# TABLE DES MATIERES

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>REMERCIEMENTS.....</b>                                                        | <b>3</b>  |
| <b>ACRONYMS.....</b>                                                             | <b>4</b>  |
| <b>FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES.....</b>                                         | <b>5</b>  |
| FIGURES.....                                                                     | 5         |
| TABLEAUX.....                                                                    | 5         |
| ANNEXES.....                                                                     | 5         |
| <b>RESUME.....</b>                                                               | <b>6</b>  |
| <b>CONTEXT.....</b>                                                              | <b>8</b>  |
| SITUATION GEOGRAPHIQUE.....                                                      | 8         |
| SITUATION DEMOGRAPHIQUE.....                                                     | 8         |
| SITUATION SECURITAIRE.....                                                       | 8         |
| SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE.....                                                  | 8         |
| SITUATION SANITAIRE ET NUTRITIONNELLE.....                                       | 9         |
| OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....                                                      | 9         |
| <b>INVESTIGATION.....</b>                                                        | <b>11</b> |
| <b>ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES.....</b>                                    | <b>11</b> |
| PRINCIPAUX INDICATEURS DE PERFORMANCE : ANALYSE DES REGISTRES.....               | 11        |
| ADMISSIONS GLOBALES : TENDANCES ET REPOSE AUX BESOINS.....                       | 12        |
| ADMISSIONS A L'UNITE.....                                                        | 15        |
| ANALYSE DU PB A L'ADMISSION.....                                                 | 15        |
| ANALYSE DU PB A L'ABANDON.....                                                   | 17        |
| ANALYSE DU PB A LA DECHARGE.....                                                 | 18        |
| DUREE DE SEJOUR AVANT L'ABANDON.....                                             | 18        |
| DUREE DE SEJOUR AVANT LA DECHARGE POUR LES ENFANTS SORTIS GUERIS.....            | 19        |
| <b>ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES.....</b>                                     | <b>20</b> |
| CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION.....                                             | 21        |
| SYMPTOMES ET CAUSES DE LA MALNUTRITION.....                                      | 21        |
| CONNAISSANCE ET APPRECIATION DU SERVICE PCIMA.....                               | 22        |
| BARRIERES GEOGRAPHIQUES ET CULTURELLES.....                                      | 22        |
| DEPISTAGE ET REFERENCEMENT.....                                                  | 23        |
| SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE.....                                               | 23        |
| <b>ETAPE II.....</b>                                                             | <b>25</b> |
| <b>DEVELOPPEMENT DE LA PROBABILITE A PRIORI.....</b>                             | <b>27</b> |
| <b>ETAPE 3.....</b>                                                              | <b>30</b> |
| <b>CONSTRUCTION DE L'EVIDENCE VRAISEMBLABLE : ENQUETE SUR GRANDE ZONE.....</b>   | <b>30</b> |
| ECHANTILLONAGE.....                                                              | 30        |
| RESULTATS.....                                                                   | 30        |
| <b>ESTIMATION DE LA COUVERTURE BAYESIENNE : LA PROBABILITE A POSTERIORI.....</b> | <b>32</b> |
| <b>DISCUSSION.....</b>                                                           | <b>33</b> |
| <b>PLAN D'ACTION.....</b>                                                        | <b>34</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>                                                              | <b>45</b> |
| ANNEXE 1 : OUTIL BBQ (BARRIERES-BOOSTERS-QUESTIONS).....                         | 45        |
| ANNEXE 2 : EQUIPE D'EVALUATION.....                                              | 52        |
| ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME.....                                                     | 53        |
| ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES.....                                                   | 54        |
| ANNEXE 5 : MATRICE DES INFORMATEURS CLES.....                                    | 56        |
| ANNEXE 6 : ENTRETIENS ET INFORMATEURS.....                                       | 57        |
| <b>REFERENCES.....</b>                                                           | <b>58</b> |

# REMERCIEMENTS

COOPI adresse ses remerciements à toutes personnes qui ont rendu possible cette évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) dans les Zones de Santé de Kiotshe et de Masisi, en Territoire de Masisi, Province du Nord-Kivu : aux autorités administratives et sanitaires, au personnel des formations sanitaires ainsi qu'aux habitants des villages visités pour leur collaboration et leur hospitalité.

En particulier, COOPI est très reconnaissant à l'ensemble de l'équipe d'enquêteurs et superviseurs pour leur très bonne implication, leur objectivité et motivation dans la conduite de cette enquête. En effet, sans l'engagement de nos partenaires, notamment les Zones de Santé de Kiotshe et de Masisi, la Coordination Provinciale du Nord-Kivu du PRONANUT et l'ONG ACF-International, cette investigation n'aurait pas été possible.

COOPI tient également à remercier Mme. Lenka Blanárová et M. Trenton Dailey-Chwalibóg de Coverage Monitoring Network pour leur appui technique dans la préparation et la mise en œuvre de l'enquête et dans la phase de rédaction du présent rapport.

Finalement, COOPI remercie le service de la Commission Européenne à l'aide humanitaire et à la protection civile (ECHO) pour le financement de l'enquête.

# ACRONYMS

|        |                                                                                    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ACF    | Action Contre la Faim                                                              |
| ATPE   | Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi                                              |
| BBQ    | Barrières, Boosters et Questions                                                   |
| CMN    | Coverage Monitoring Network                                                        |
| CS     | Centre de Santé                                                                    |
| CODESA | Comité de Santé                                                                    |
| COOPI  | Cooperazione Internazionale                                                        |
| ECHO   | Service de la Commission Européenne à l'aide humanitaire et à la protection civile |
| GT     | Guérisseur Traditionnel                                                            |
| IC     | Intervalle de Crédibilité                                                          |
| ONG    | Organisation Non Gouvernementale                                                   |
| PB     | Périmètre Brachial                                                                 |
| PCIMA  | Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère                           |
| PEC    | Prise en Charge                                                                    |
| P/T    | Poids-taille                                                                       |
| UNTA   | Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire                                     |
| UNTI   | Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive                                       |
| UNS    | Unité Nutritionnelle Supplémentaire                                                |
| RAC    | Recherche active des cas                                                           |
| RC     | Relais Communautaire                                                               |
| SPHERE | Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response                |
| SQUEAC | Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage                                |
| VAD    | Visite à domicile                                                                  |
| ZS     | Zone de Santé                                                                      |

# FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

## FIGURES

|                                                                                                              |                                     |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>FIGURE 1.</b> Évolution des indicateurs de performance des UNTA.....                                      | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>1</b>                            |
| <b>FIGURE 2.</b> Évolution des admissions et abandons à l'UNTA avec et sans lissage .....                    | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>2</b>                            |
| <b>FIGURE 3.</b> Calendrier saisonnier .....                                                                 | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |                                     |
| <b>FIGURE 4.</b> Évolution des admissions à l'UNTI en fonction du temps .....                                | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>5</b>                            |
| <b>FIGURE 5.</b> Distribution du PB à l'admission à l'UNTA .....                                             | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>6</b>                            |
| <b>FIGURE 6.</b> Distribution du PB à l'admission à l'UNTA pour les cas de MAS admis par PB.....             | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |                                     |
| <b>FIGURE 7.</b> Distribution du PB à l'abandon de l'UNTA .....                                              | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |                                     |
| <b>FIGURE 8.</b> Distribution du PB à la décharge de l'UNTA pour les enfants sortis guéris.....              | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |                                     |
| <b>FIGURE 9.</b> Durée de séjour avant l'abandon de l'UNTA .....                                             | <b>18</b>                           | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>FIGURE 10.</b> Distribution de la durée de séjour à l'UNTA avant la décharge pour les enfants guéris..... |                                     | <b>19</b>                           |
| <b>FIGURE 11.</b> Barrières à l'accessibilité des cas MAS non couverts - petite enquête géographique ..      | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>6</b>                            |
| <b>FIGURE 12.</b> La densité de probabilité a priori, Distribution = Beta (22,7, 31,9), Mode = 41,6% .....   | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>9</b>                            |
| <b>FIGURE 13.</b> Barrières à l'accessibilité des cas MAS - enquête sur grande zone.....                     |                                     | <b>31</b>                           |
| <b>FIGURE 14.</b> Graphique de l'analyse conjuguée beta-binomiale .....                                      | <b>32</b>                           | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |

## TABLEAUX

|                                                                                                      |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>TABLEAU 1.</b> Principaux indicateurs de performance des UNTA .....                               |                                     | <b>12</b>                           |
| <b>TABLEAU 2.</b> Critères de sélection des villages pour la petite enquête géographique.....        | <b>25</b>                           | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>TABLEAU 3.</b> Résultats de la petite enquête géographique .....                                  |                                     | <b>26</b>                           |
| <b>TABLEAU 4.</b> Analyse des résultats de la petite enquête géographique pour les enfants MAS ..... | <b>27</b>                           | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>TABLEAU 5.</b> Analyse des résultats de la petite enquête géographique pour les enfants MAS ..... |                                     | <b>28</b>                           |
| <b>TABLEAU 6.</b> Résultats de l'enquête sur grande zone .....                                       | <b>Error! Bookmark not defined.</b> | <b>1</b>                            |

## ANNEXES

|                                                                 |           |                                     |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| <b>ANNEXE 1.</b> Outil BBQ (Barrières-Boosters-Questions) ..... |           | <b>45</b>                           |
| <b>ANNEXE 2.</b> Equipe d'évaluation .....                      | <b>52</b> | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>ANNEXE 3.</b> Chronogramme .....                             |           | <b>53</b>                           |
| <b>ANNEXE 4.</b> Questionnaires .....                           | <b>54</b> | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>ANNEXE 5.</b> Matrice des informateurs clés .....            |           | <b>56</b>                           |
| <b>ANNEXE 6.</b> Entretiens et informateurs .....               |           | <b>57</b>                           |

# RÉSUMÉ

Le programme intitulé « Assistance sanitaire aux populations vulnérables affectées par le conflit dans la province du Nord Kivu », a été exécuté par COOPI d'avril 2014 à mars 2015 dans le district sanitaire de Masisi, territoire de Masisi, zone de santé rural de Kirotshe et Masisi, avec le financement d'ECHO. Les aires de santé suivantes ont été concernées par l'intervention : Rubaya, Mumba, Bweremana et Ngungu dans la zone de santé de Kirotshe et Kibabi dans la zone de santé de Masisi. La zone d'intervention est rurale avec la présence de camps de déplacés internes ; la moitié de la population est pasteur et sédentaire et l'autre moitié est nomade. Le programme a consisté principalement d'un volet d'appui sanitaire (Paquet Minimum d'Activités ; Paquet Complémentaire d'Activités ; Santé reproductive ; prise en charge des cas de SGBV/GBV ; prévention et prise en charge des maladies à potentiel épidémique) et d'un volet de prise en charge de malnutrition sévère, à travers l'appui aux 5 UNTA (dans chacune des aires de santé précitées) et 3 UNTI (aux CSR Ngungu, Rubaya et Kibabi).

Afin d'évaluer l'impact des actions entreprises dans le cadre du second volet, une évaluation de la couverture a été réalisée par COOPI du 09 au 23 Février 2015, avec un appui technique d'ACF-International (Action Contre la Faim) sur terrain et avec un appui technique en distance de CMN (Coverage Monitoring Network). La méthode SQUEAC a été utilisée pour l'enquête d'évaluation de la couverture.

L'estimation à postériori de la couverture est de **48,2%** avec un intervalle de confiance de 95%, qui est légèrement inférieure à la norme SPHERE (>50%).

Les points forts qui ont été identifiés, sont principalement :

- La bonne qualité des services PCIMA résultant d'une bonne formation du personnel soignant
- La bonne implication des relais communautaires actifs qui bénéficient d'une motivation de la part de COOPI, entre autres au niveau de la sensibilisation de la communauté sur la malnutrition
- La bonne appréciation des services PCIMA et la bonne adhésion au traitement par suite d'une bonne évolution de l'état nutritionnel des enfants qui sont dans le programme et de la gratuité des soins expliquant aussi le faible taux d'abandon

Les points faibles qui ont été soulevés lors de l'investigation et qui ont fait l'objet des recommandations résultant de l'enquête, sont :

- Insuffisances dans les services PCIMA par suite des affectations de nouvelles unités non formées et/ou recyclées dans les structures de soin
- Insuffisances dans le réseau des relais communautaires, ce qui s'explique par la démotivation d'une partie des RC qui ne bénéficie pas d'une motivation de la part de COOPI
- Insuffisances dans la sensibilisation de la communauté, ce qui s'explique également par la démotivation d'une partie des RC qui ne bénéficie pas d'une motivation de la part de COOPI
- La non implication de certains leaders communautaires et autorités locales
- Des barrières géographiques

## RECOMMANDATIONS

Ainsi les recommandations suivantes ont été formulées pour faire face à ces facteurs négatifs (voir p. 34 pour les détails par recommandation) :

- **RECOMMANDATION 1** : Améliorer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère
- **RECOMMANDATION 2** : Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

- **RECOMMANDATION 3** : Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène
- **RECOMMANDATION 4** : Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires
- **RECOMMANDATION 5** : Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon...).

# CONTEXT

## SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Territoire de Masisi dans le District Sanitaire de Masisi couvre 2 Zones de Santé (ZS) : Masisi et Kirotshe, faisant l'objet de cette enquête.

La ZS de Kirotshe se trouve à 34 km de la ville de Goma, chef-lieu de la Province du Nord Kivu. Elle fait frontière avec 5 zones de santé qui sont : La ZS de Masisi vers le nord ; les ZS de Minova et Walikale au sud ; la ZS de Goma à l'est et celle de Karisimbi à l'ouest. La ZS de Masisi se trouve à environ 60 km de la ville de Goma.

Le relief de la ZS Kirotshe est dominé par les chaînes de montagne de Mitumba, avec un sol volcanique dans sa partie est, un climat tempéré et une hydrographie composée de cours d'eau et de rivières. Les principales rivières sont Matanda, Shasha, Renga, Nyamukanga, Kihira, Mumba, Lushoa et Ngungu. La zone bénéficie de deux saisons culturelles dont l'une va de septembre à janvier (saison A) et la seconde de février à juillet (saison B).

Le sol est semi argileux avec une végétation faite de savane herbeuse et de prairie ; la ZS jouit d'un climat tropical. La ZS est traversée par le Lac Kivu dans sa partie sud-est et est divisé en deux parties : la partie littorale et celle montagneuse.

## SITUATION DEMOGRAPHIQUE

La population cible de l'enquête (enfants de 6 à 59 mois) est estimée à 27.246 enfants, dans les AS de Rubaya, Mumba, Bweremana et Ngungu dans la Zone de santé de Kirotshe, et dans l'AS Kibabi dans la zone de santé de Masisi.

Cette population est composée de plusieurs groupes ethniques dont les principaux sont les Hunde, les Tembo, les Hutu, les Tutsi et les Bambuti (pygmée).

## SITUATION SECURITAIRE

La situation sécuritaire dans le Territoire de Masisi reste potentiellement instable suite à la présence des groupes armés tel que les Raia Mutomboki (RM) qui contrôlent les bas plateaux de la ZS Kirotshe (principalement les aires de santé de Remeka, Katuunda et Ufamandu) et entrent parfois en conflit avec groupes voisinant comme les différents groupes de Nyatura dans le Sud de la Zone de santé de Masisi. Cependant, les derniers mois ont été calmes, l'équipe COOPI a régulièrement accès à ses axes et son travail est bien vu par toute la population.

## SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

La population de la ZS de Kirotshe et Masisi compte comme activités économiques principales l'agriculture, l'élevage, la pêche et le petit commerce.

Les principales cultures agricoles sont la banane, le manioc, le haricot, la pomme de terre, la patate douce, le maïs et l'arachide. Le territoire bénéficie de deux périodes de récolte pendant l'année : mai-juin et décembre-janvier. Particulièrement, la culture de manioc est plus développée dans l'axe littoral de Kirotshe et dans le Masisi, celles de banane, haricot, sorgho, patate douce et pomme de terre sont plus développées dans le haut plateau et celles d'arachide et manioc sur les bas plateaux d'Ufamandu dans la ZS Kirotshe. Une grande partie de la production est destinée à l'autoconsommation et une autre pour la vente et la semence.

Le Territoire connaît deux périodes de soudure : la première intervient entre mars et mai et la seconde entre octobre et novembre ; pendant ces périodes, la population consomme un seul repas par jour, essentiellement composé d'aliments de substitution comme la patate douce et le taro accompagné de feuilles de manioc.

En ce qui concerne l'élevage, il est centré sur les bovins, les caprins et les animaux de la basse-cour. Sur l'axe montagneux, la population fait le commerce des dérivés de l'élevage (lait, fromage, babeurre, etc.) pour compléter la vente des produits de l'agriculture.

La pêche se pratique de façon artisanale sur le Lac Kivu, mais fait face au manque de matériels appropriés pour son développement.

## **SITUATION SANITAIRE ET NUTRITIONNELLE**

La ZS de Kirotche compte 25 aires de santé qui sont fonctionnelles, dont 9 sur l'axe littoral et 16 sur l'axe montagneux. Elle compte un Hôpital Général de Référence, 2 Centres de Santé de Référence, 23 centres de santé et 21 postes de santé.

Les pathologies courantes observées dans la zone par ordre décroissant d'importance sont : les paludismes, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées simples, les verminoses, les traumatismes, le syndrome gastrique et les cas de malnutrition.

Sur le plan nutritionnel, la ZS bénéficie de l'appui de 3 partenaires dans le cadre de la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë : ACF (13 UNTA et 1 UNTI), COOPI (4 UNTA et 2 UNTI) et PRONANUT (3 UNTA). Avec l'appui de ces partenaires la couverture géographique de la ZS sur le traitement de la malnutrition aiguë sévère est de 80%, car sur 25 aires de santé, 20 intègrent le traitement de la MAS dans le paquet minimum d'activités.

La zone de santé de Masisi compte 29 structures dont 21 intégrant les activités PCIMA soit 72%, parmi les quelles COOPI appui une UNTA et une UNTI, toutes deux à Kibabi.

## **OBJECTIFS DE L'ENQUETE**

Le programme intitulé « Assistance sanitaire aux populations vulnérables affectées par le conflit dans la province du Nord Kivu », a été exécuté par COOPI d'avril 2014 à mars 2015 dans le district sanitaire de Masisi, territoire de Masisi, zone de santé rural de Kirotche et Masisi, avec le financement d'ECHO. Les aires de santé suivantes ont été concernées par l'intervention : Rubaya, Mumba, Bweremana et Ngungu dans la zone de santé de Kirotche et Kibabi dans la zone de santé de Masisi. La zone d'intervention est rurale avec la présence de camps de déplacés internes ; la moitié de la population est pasteur et sédentaire et l'autre moitié est nomade. Le programme a consisté principalement d'un volet d'appui sanitaire (Paquet Minimum d'Activités ; Paquet Complémentaire d'Activités ; Santé reproductive ; prise en charge des cas de SGBV/GBV ; prévention et prise en charge des maladies à potentiel épidémique) et d'un volet de prise en charge de malnutrition sévère, à travers l'appui aux 5 UNTA (dans chacune des aires de santé précitées) et 3 UNTI (aux CSR Ngungu, Rubaya et Kibabi).

Le début de l'appui par COOPI à la prise en charge nutritionnelle n'est pas le même dans les différentes structures concernées par l'investigation : à Rubaya, Ngungu et Mumba l'appui a commencé déjà en Septembre 2013 avec un autre programme financé par ECHO (ECHO/COD/BUD/2013/91024) ; sans partenaires avant COOPI, sauf que MSF-B (Médecins sans frontières-Belgique) organisait la prise en charge des cas de MAS avec complications en UNTI à Rubaya et une clinique mobile opérait dans le camp Kishusha. A Bweremana, l'appui a commencé en Avril 2014 avec COOPI et avant il y avait l'intervention d'ACF. A Kibabi, dans la zone de santé de Masisi, l'appui a commencé avec COOPI en Avril 2014 ; avec comme partenaires antérieurs Save the Children et LWF (Lutheran World Federation).

Afin d'évaluer l'impact des actions entreprises dans le cadre du second volet, une évaluation de la couverture a été réalisée par COOPI du 09 au 23 Février 2015, avec un appui technique d'ACF-International (Action Contre

la Faim) sur terrain et avec un appui technique en distance de CMN (Coverage Monitoring Network). La méthode SQUEAC a été utilisée pour l'enquête d'évaluation de la couverture.

Les objectifs généraux de l'enquête étaient comme suit :

- Évaluer la couverture du Programme de la PCIMA dans les aires de santé couvertes par COOPI de la ZS de Kirotshe et Masisi et identifier les facteurs influençant positivement et négativement cette couverture
- Proposer un plan d'action pour surmonter les barrières à l'accès aux soins nutritionnels
- Assurer une formation sur la méthodologie SQUEAC pour les participants à l'investigation

Les objectifs spécifiques de l'enquête étaient comme suit :

- Assurer une analyse approfondie des données et des indicateurs de la PCIMA
- Identifier les différentes barrières à l'accès aux soins nutritionnels
- Identifier les forces du programme de PCIMA
- Estimer la couverture de la PCIMA
- Formuler des recommandations et créer un cadre de plaidoyer auprès des partenaires de PCIMA

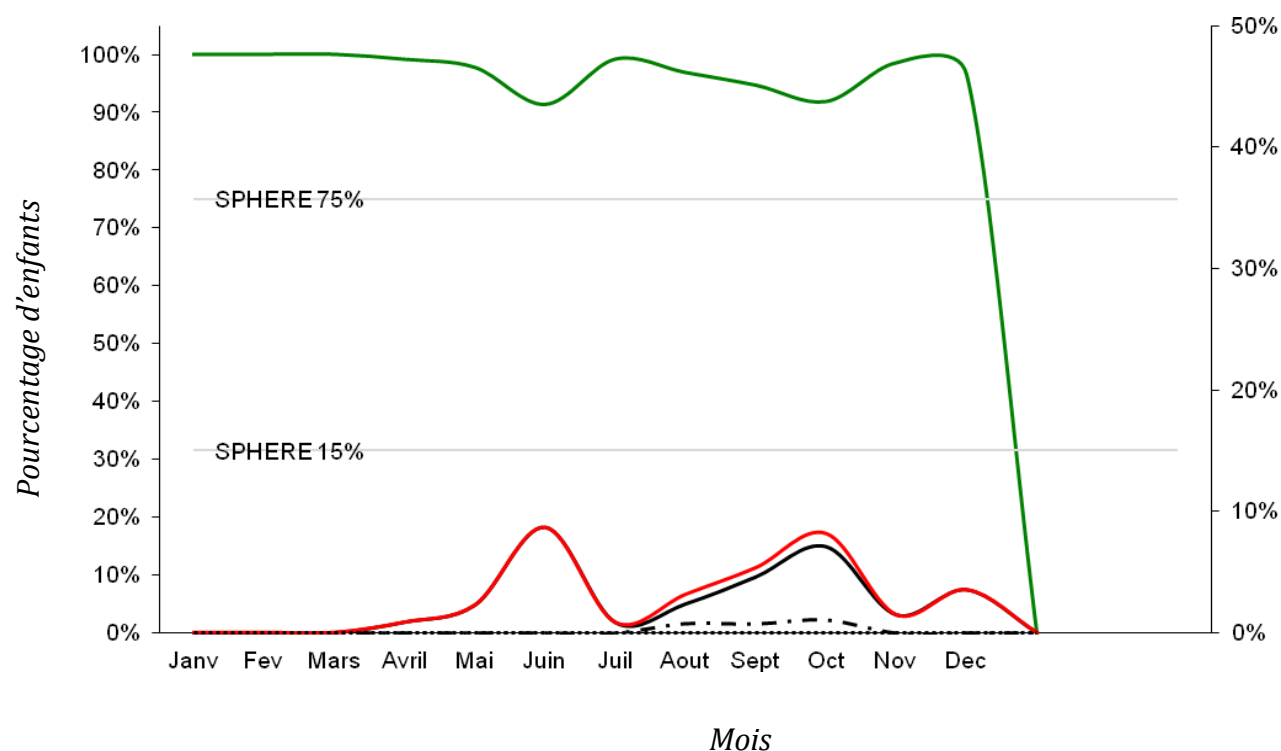
# INVESTIGATION

## ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

### PRINCIPAUX INDICATEURS DE PERFORMANCE : ANALYSE DES REGISTRES

La **FIGURE 1** présente l'évolution des indicateurs de performance des 4 UNTA pour la ZS de Kirotshe et d'une (1) UNTA dans la zone de santé de Masisi de Janvier à Décembre 2014. Il faut noter que la **FIGURE 1** se compose de deux axes des ordonnées : le premier axe à gauche correspond au pourcentage d'enfants déchargés guéris (valeur variant entre 0% et 100%) ; le deuxième axe à droite correspond au pourcentage d'abandons, d'enfants non répondants ou des décès (valeur variant entre 0% et 50%).

**FIGURE 1.** Évolution des indicateurs de performance des UNTA (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



- Guérison
- Toutes défaillances
- Abandons
- Non répondants
- Décès

La **FIGURE 1** montre que les indicateurs de performance restent entre les bornes SPHERE standard de 75 % et 15 % pour les taux de guérison et abandon, malgré une tendance d'augmentation de défaillance en Juin, Septembre et Octobre 2014.

Les principaux indicateurs de performance des UNTA (janvier-décembre 2014) sont comme suit :

**TABLEAU 1.** Principaux indicateurs de performance des UNTA (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

| Indicateurs           | ZS Kirotshe et Masisi |
|-----------------------|-----------------------|
| Taux de guérison      | 96,9%                 |
| Taux de décès         | 0%                    |
| Taux d'abandon        | 2,3%                  |
| Taux de non répondant | 0,2%                  |

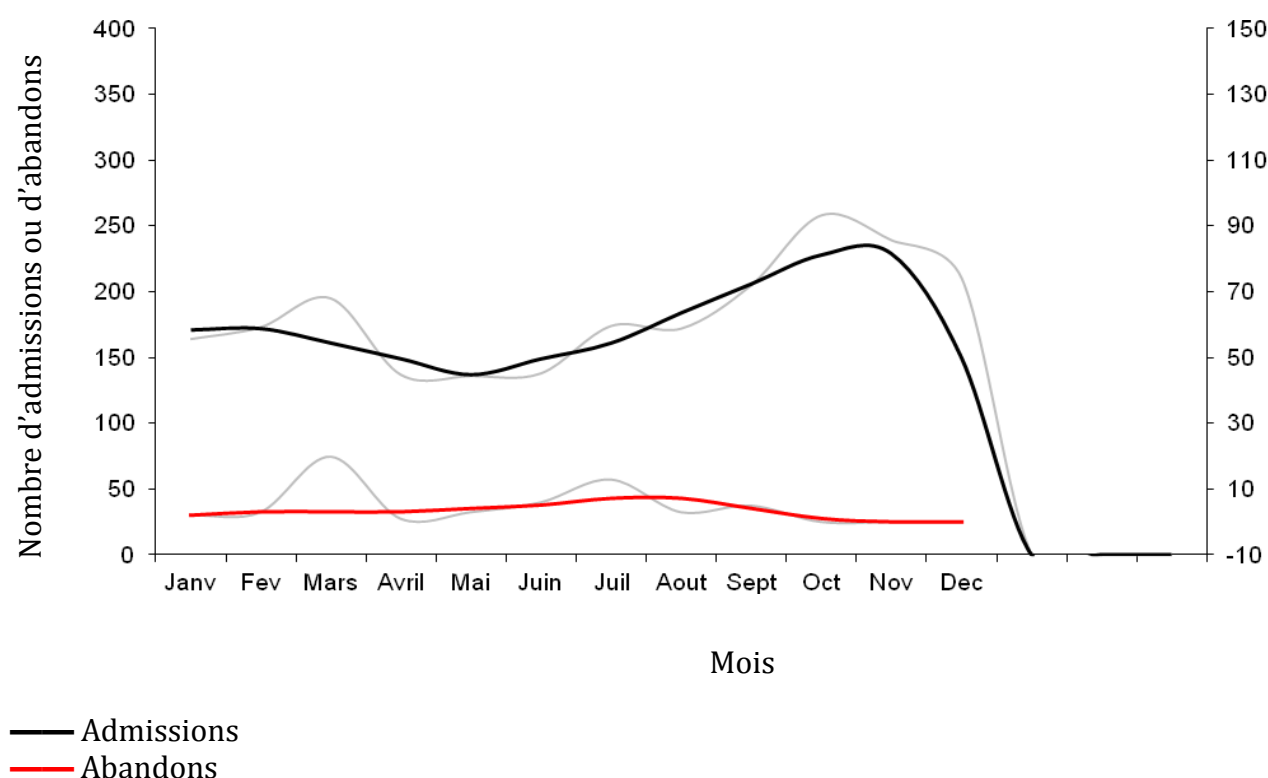
Selon les données disponibles, les indicateurs de performance montrent globalement des valeurs satisfaisantes pour un programme récemment démarré, par rapport aux valeurs de référence SPHERE.

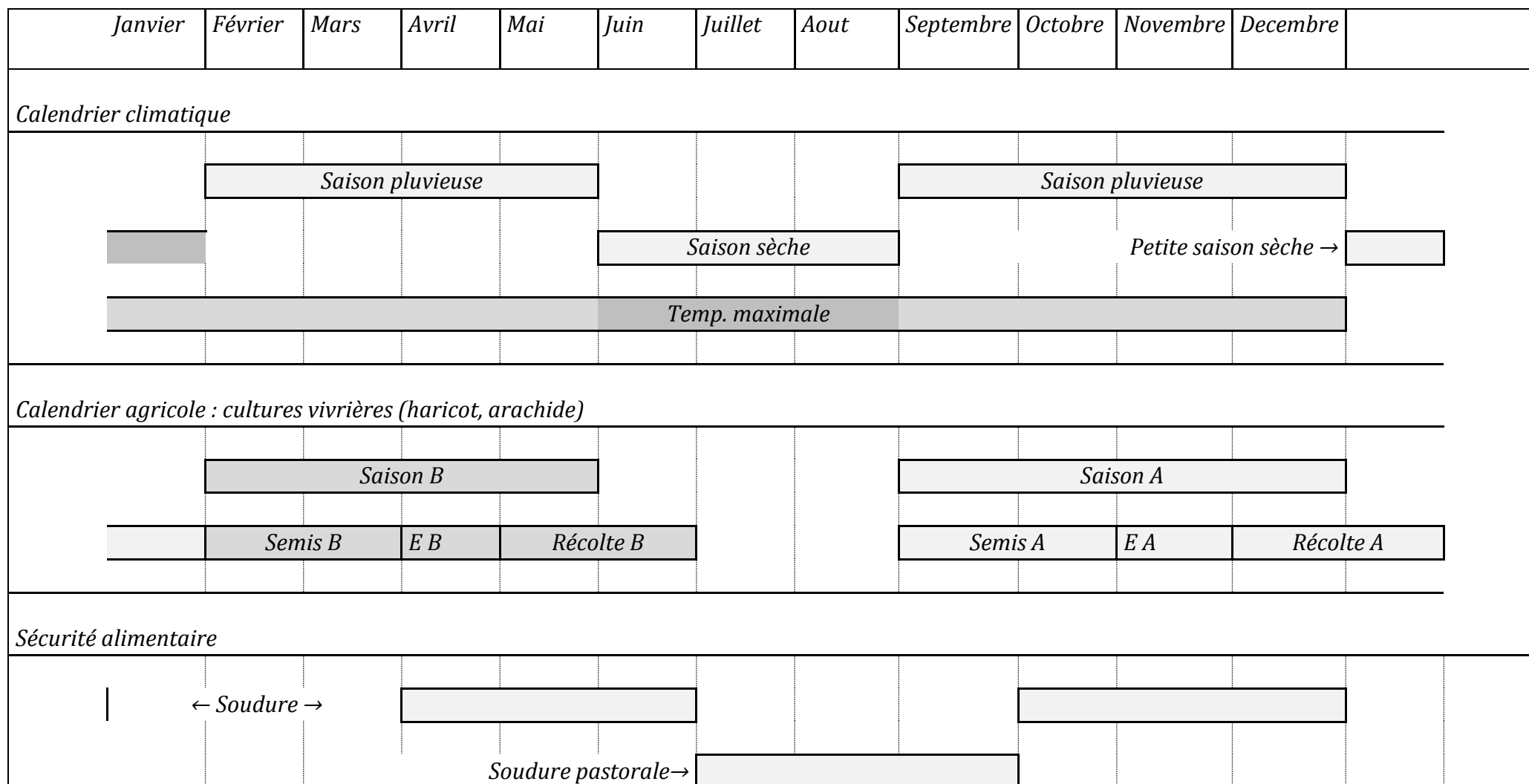
### ADMISSIONS GLOBALES : TENDANCES ET RÉPONSE AUX BESOINS

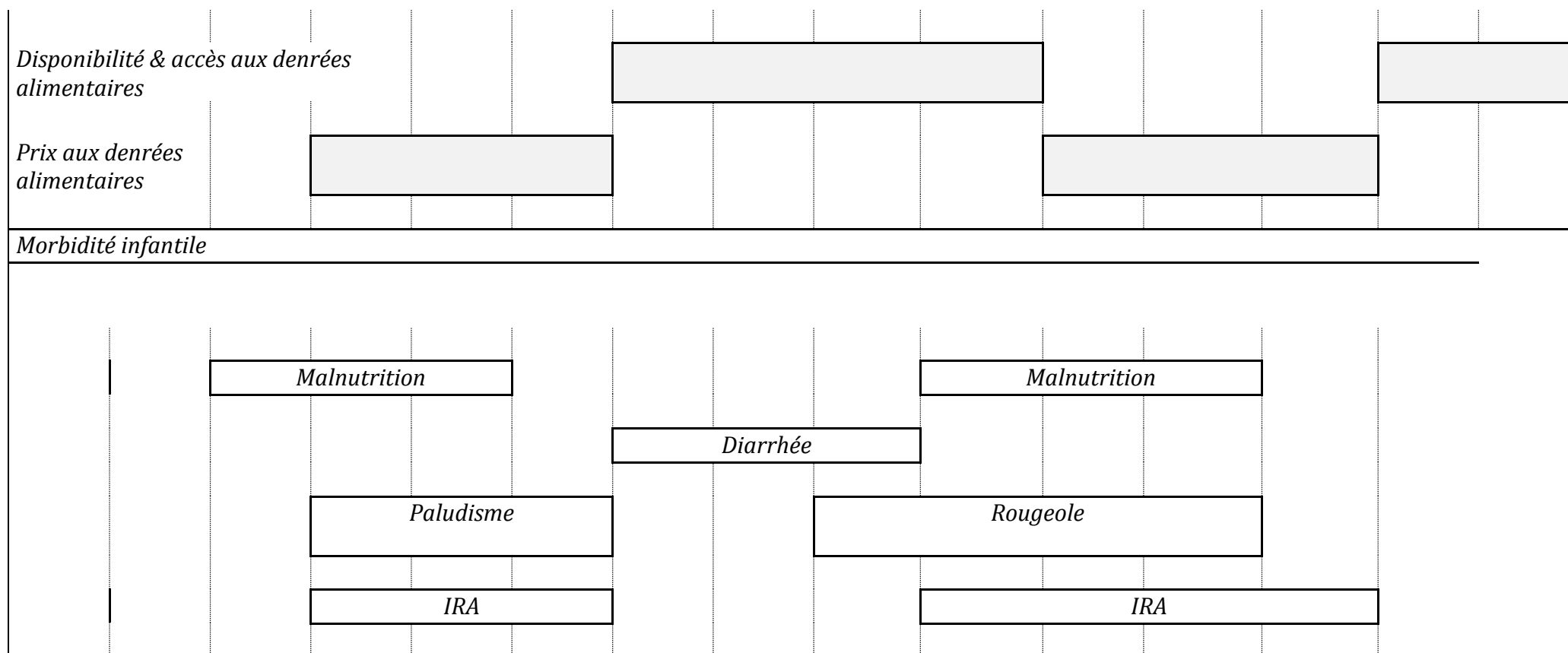
De janvier à décembre 2014, 1920 enfants MAS ont été admis dans 4 UNTA pour la PCIMA, soit une moyenne de 160 enfants par mois dans la zone de santé de Kirotshe et 260 enfants admis dans l'UNTA dans la zone de santé de Masisi, soit une moyenne de 29 enfants par mois. Il y a également eu 56 abandons, soit une moyenne de 5 abandons par mois dans toutes les structures.

La **FIGURE 2** représente l'évolution des admissions et des abandons sur une période de 12 mois (Janvier-Décembre 2014). Il faut noter que la **FIGURE 2** se compose de deux axes des ordonnées : le premier axe à gauche correspond au nombre d'admissions (valeur variant entre 0 et 400) ; le deuxième axe à droite correspond au nombre d'abandons (valeur variant entre -10 et 150). Cette figure est ensuite confrontée à un calendrier des différents événements saisonniers (événements climatiques et agricoles, morbidité infantile, disponibilité alimentaire, etc.), élaboré par l'équipe d'investigation et présenté dans la **FIGURE 3**.

**FIGURE 2.** Évolution des admissions et abandons à l'UNTA avec et sans lissage (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



**FIGURE 3.** Calendrier saisonnier (janvier-décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kiotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

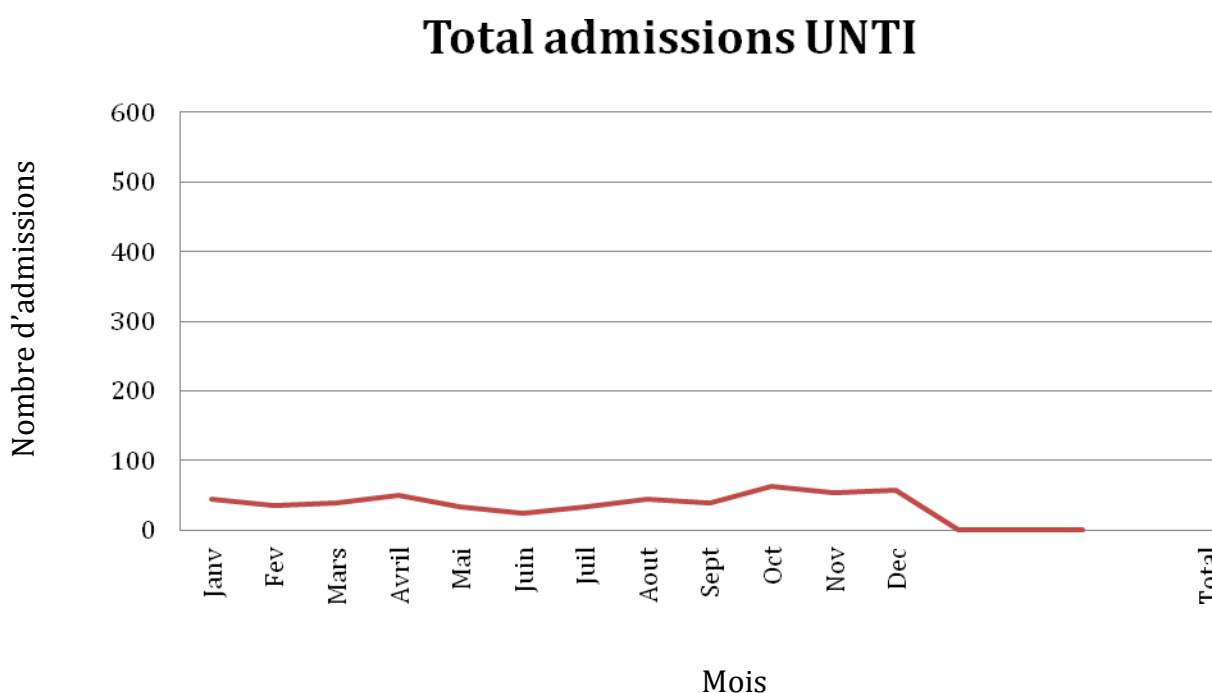


Une baisse des admissions est observée à partir du mois de janvier 2014, qui atteint un minimum au mois de mai 2014 (137), période du début de la récolte de la saison B 2014. De mai à novembre, une augmentation du taux d'admissions est observée. Cela s'explique par la mise en place progressive des activités de dépistage, de la mobilisation communautaire et de la prise en charge dans les nouvelles aires de santé Bweremana (ZS Kirotshe) et Kibabi (ZS Masisi), mais aussi par l'épidémie de rougeole à partir de fin juillet 2014 sur l'axe Rubaya qui a également engendré une augmentation des admissions en UNTA. La diminution entre novembre (229) et décembre (150) est également en lien avec le début de la période de récolte de la saison A 2014.

## ADMISSIONS A L'UNTI

La **FIGURE 3** présente la courbe des cas de MAS avec complications médiales admis à l'UNTI de la ZS de Kirotshe et Masisi (Janvier-Décembre 2014) et montre une augmentation légère à partir du mois d'Aout 2014 jusqu'au mois de décembre. Celle-ci pourrait être expliquée en partie par l'épidémie de rougeole sur la partie ouest de la zone d'intervention à partir du mois de juillet jusqu'à novembre et qui a un impact sur l'état nutritionnel des enfants MAS et aussi par la prévalence saisonnière élevée des maladies infantiles, telles que les maladies diarrhéiques (juillet-septembre), entraînant souvent des complications médicales.

**FIGURE 3.** Évolution des admissions à l'UNTI en fonction du temps (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



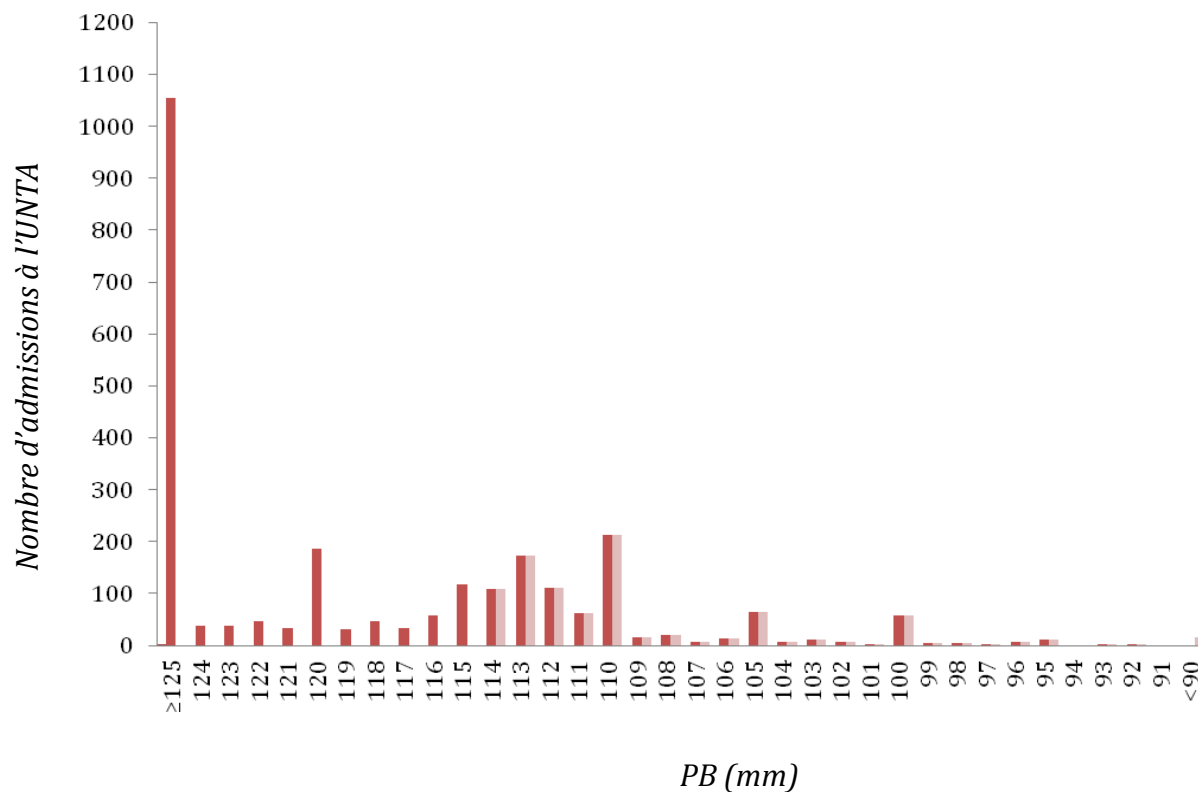
## ANALYSE DU PB À L'ADMISSION

Le PB à l'admission est un indicateur qui renseigne sur la précocité de la détection des cas et de la recherche de soins ; une valeur médiane du PB à l'admission basse peut indiquer un recours aux soins tardif. Les admissions tardives requièrent presque systématiquement un traitement en interne et le plus souvent sont associées à un prolongement du traitement, à l'abandon et à de mauvais résultats. <sup>(1)</sup>

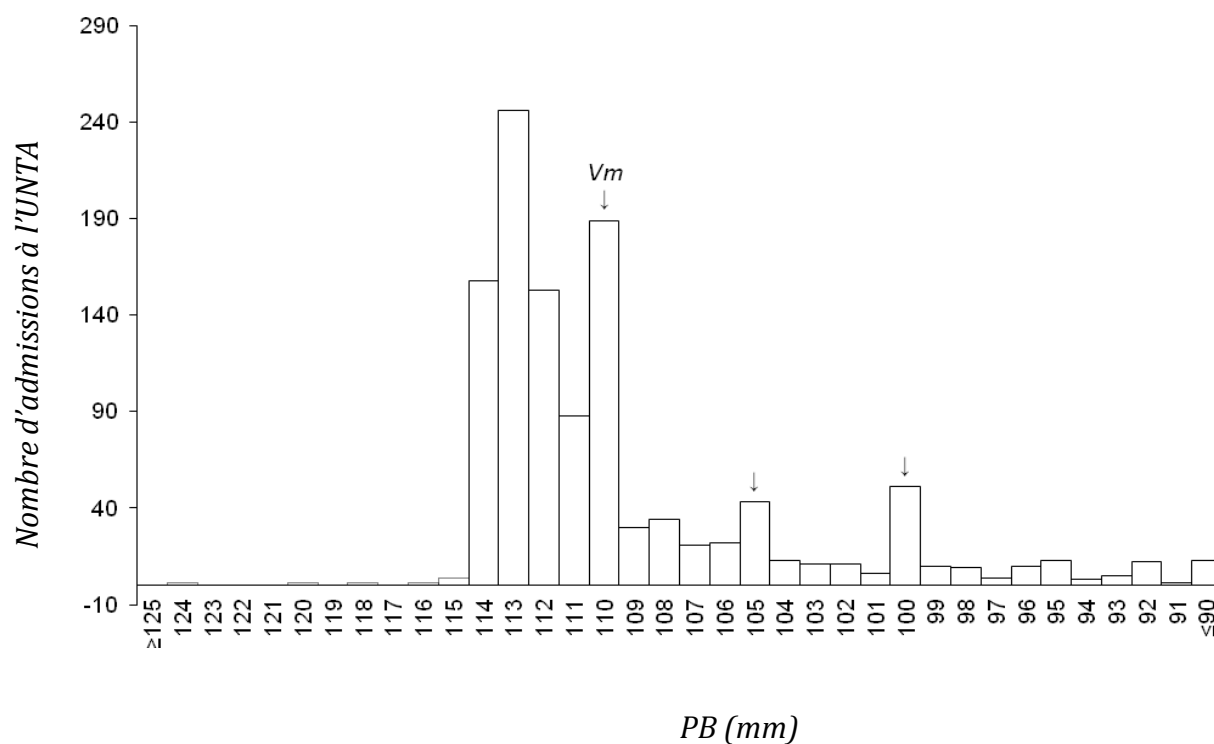
C'est aussi une mesure des échecs de la couverture directe car une admission tardive implique un cas de MAS non couvert, non traité dans la communauté pendant une longue période. Cependant, un programme de démarrage récent présente généralement une valeur médiane du PB à l'admission relativement basse, en raison de l'admission au cours de premiers mois des cas de MAS préexistants ainsi que des nouveaux cas. <sup>(1)</sup>

L'analyse des PB à l'admission a porté sur la période de Janvier à Décembre 2014. Le total des admissions sur l'ensemble de la période est représenté par l'histogramme. Cette analyse est présentée par la **FIGURE 4** et la **Error! Reference source not found..**

**FIGURE 4.** Distribution du PB à l'admission à l'UNTA (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



**FIGURE 5.** Distribution du PB à l'admission à l'UNTA pour les cas de MAS admis par PB (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

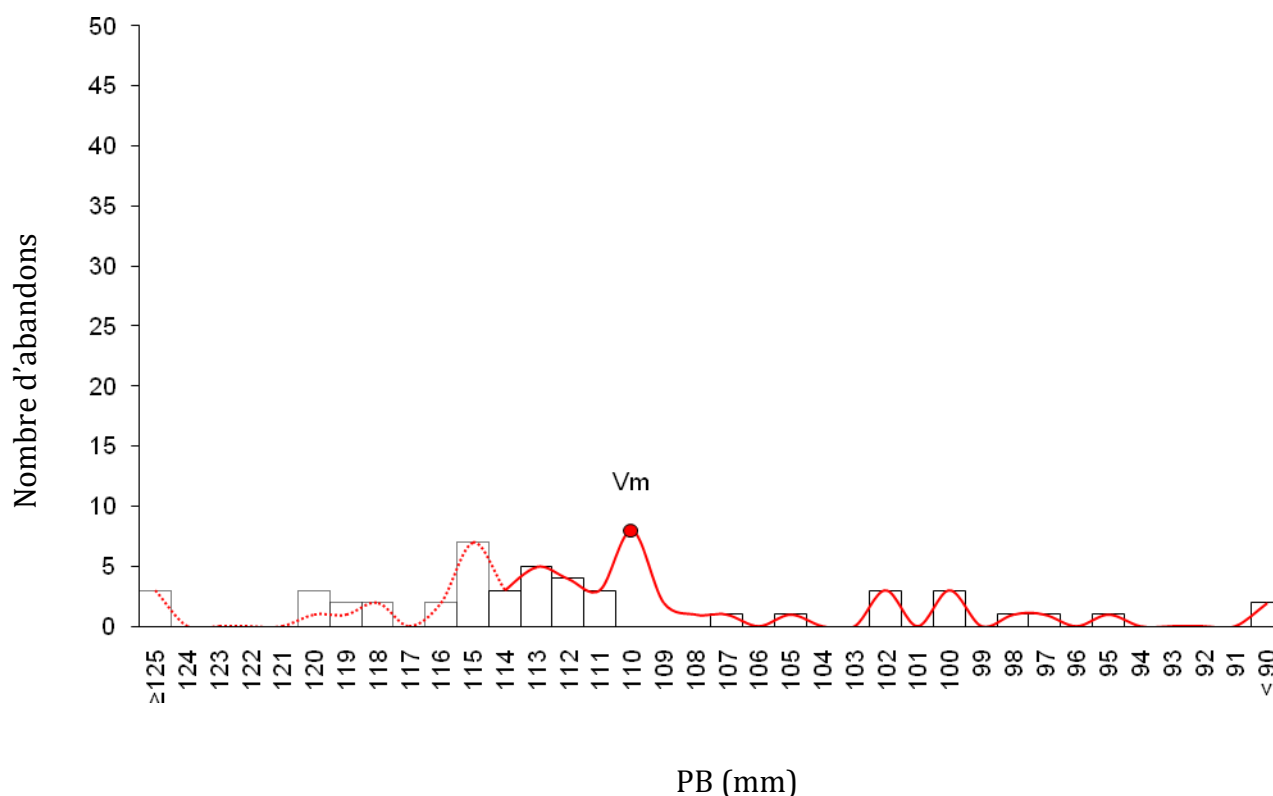


La FIGURE 4 ci-dessus montre une proportion importante d'enfants admis avec un PB supérieur à 115 mm, soit 62,6% de toutes les nouvelles admissions. La valeur médiane du PB à l'admission à l'UNTA pour tous enfants admis par critère PB dans la période de janvier à décembre 2015, était de 110 mm (voir la FIGURE 6).

### ANALYSE DU PB À L'ABANDON

La FIGURE 7 ci-dessous présente la distribution du PB à l'abandon de l'UNTA (Janvier-Décembre 2014).

**FIGURE 6.** Distribution du PB à l'abandon de l'UNTA (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotche et Masisi, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



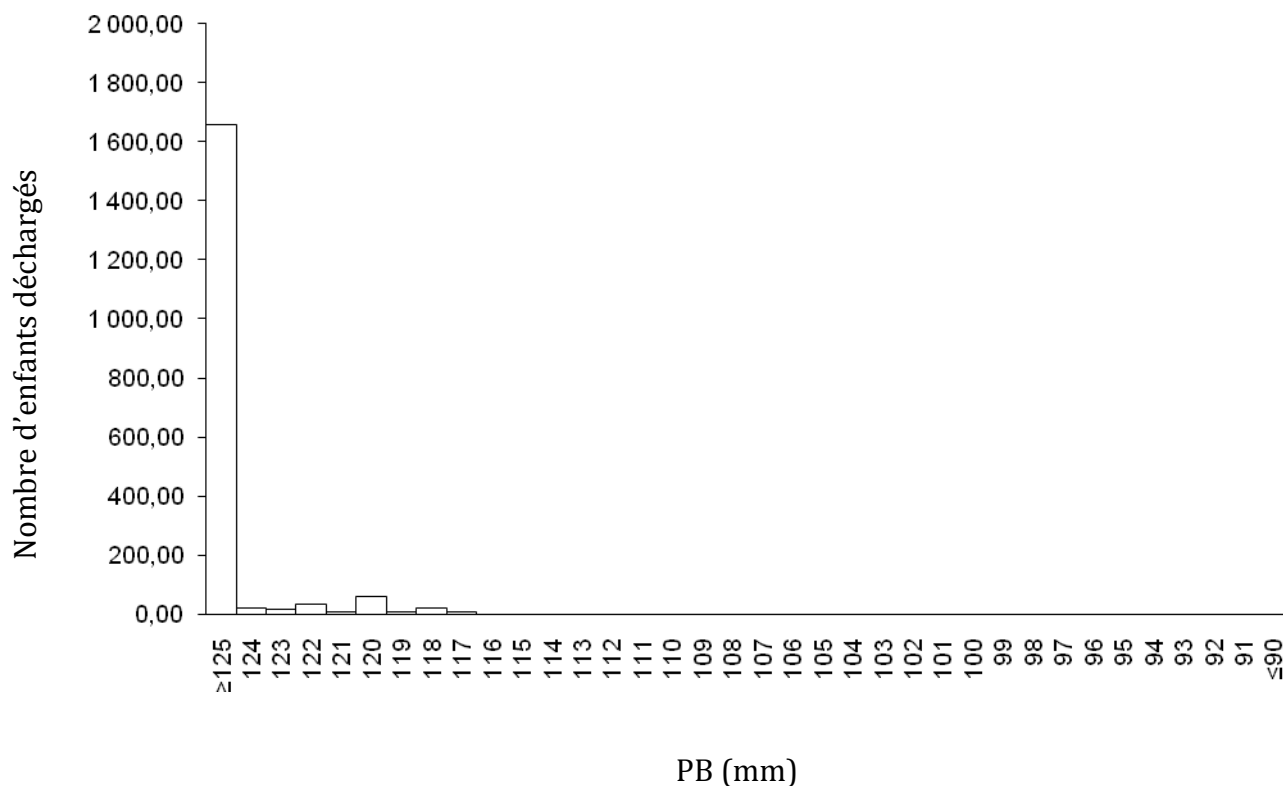
La valeur médiane du PB ( $V_m$ ) sur l'ensemble des abandons des UNTA était de 110 mm, révélant que la moitié des enfants qui ont abandonné avait un risque moyen de mortalité.

| Catégorisation                         | Kirotche/Masisi |
|----------------------------------------|-----------------|
| PB $\geq$ 115 mm                       | 28,50%          |
| 115 mm > PB $\geq$ 110 mm : MAS        | 41,00%          |
| 110 mm > PB $\geq$ 105 mm : MAS modéré | 8,90%           |
| 105 mm > PB $\geq$ 100 mm : MAS sévère | 12,50%          |
| PB < 100 mm : cas de MAS critique      | 8,90%           |

## ANALYSE DU PB À LA DÉCHARGE

L'analyse du PB à la sortie est un témoin du fait que les cas de MAS sont sortis de l'UNTA au moment approprié ou non. La **Error! Reference source not found.** présente la distribution du PB à la décharge de l'UNTA pour les enfants sortis guéris sur la période de Janvier à Décembre 2014.

**FIGURE 87.** Distribution du PB à la décharge de l'UNTA pour les enfants sortis guéris (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

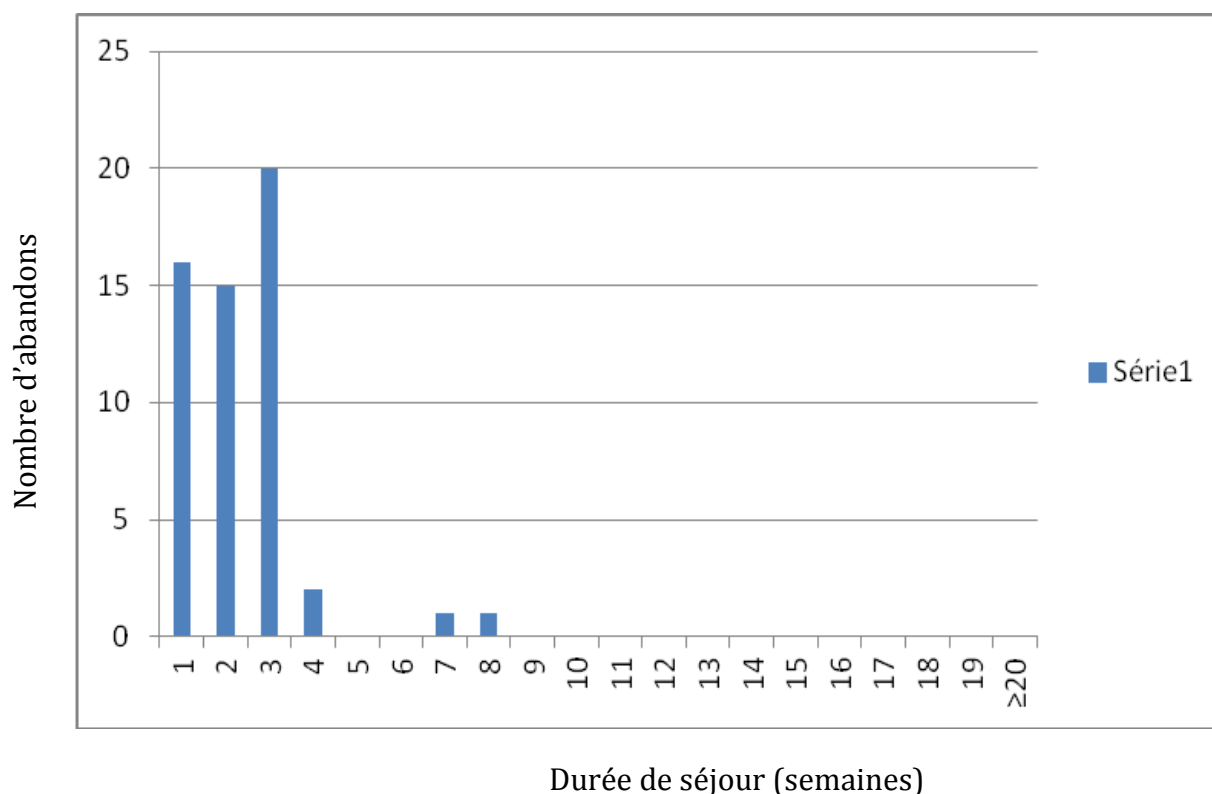


Une seule structure organise la prise en charge des cas de MAM (UNS Bweremana), pour les 4 autres structures, les cas de MAS ne sont pas transférés et sont donc déchargés après avoir atteint un des critères de guérison ( $PB \geq 125$  mm). La figure 8 montre que 199 enfants sortis entre Janvier et Décembre 2014 avaient un PB entre 115 mm et 124mm et qui ont poursuivi la prise en charge supplémentaire dans une structure qui a ce programme. La valeur médiane ( $V_m$ ) sur l'ensemble d'enfants déchargés guéris de l'UNTA était de 125 mm.

## DURÉE DE SÉJOUR AVANT L'ABANDON

L'analyse de la durée de séjour avant l'abandon renseigne sur la qualité de l'accueil et de la communication au centre de santé. Une courte durée médiane de séjour avant l'abandon souvent indique un mauvais accueil à l'UNTA ou la communication insuffisante entre les AS et les bénéficiaires.

**FIGURE 8.** Durée de séjour avant l'abandon de l'UNTA (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

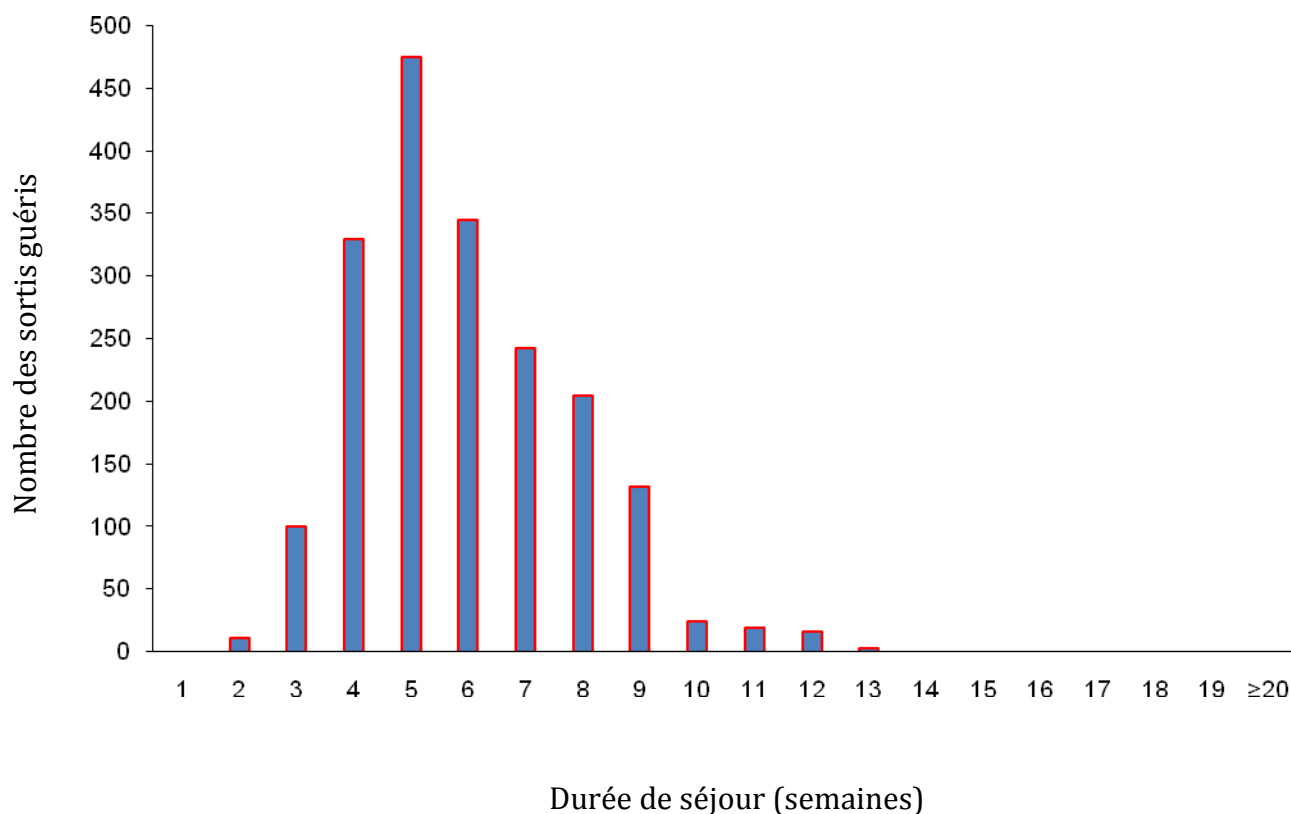


La **FIGURE 9** révèle une majorité d'abandons précoces : 92,7% des abandons ont eu lieu au cours des trois premières demandes de traitement. La durée médiane de séjour avant l'abandon est située à 2 semaines. Les raisons évoquées pour ces cas d'abandon sont principalement l'indisponibilité des mères occupées par des travaux champêtres et le fait que les pères considèrent le soin de l'enfant comme une responsabilité de la mère.

### DURÉE DE SÉJOUR AVANT LA DÉCHARGE POUR LES ENFANTS SORTIS GUÉRIS

La durée de séjour avant la décharge pour les enfants sortis guéris est un indicateur éclairant sur la durée de l'épisode de traitement (i.e. le temps entre l'admission et la sortie). Les longs épisodes de traitement reflètent une phase de MAS avancée à l'admission, un recours aux services tardif et entraînent des mauvais résultats.

Error! Reference source not found.. Distribution de la durée de séjour à l'UNTA avant la décharge pour les enfants guéris (Janvier-Décembre 2014) ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



La **Error! Reference source not found.** révèle que la majorité des sortis guéris ont eu lieu entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> semaine de traitement ; la durée médiane de séjour avant la sortie est située à 6 semaines. Le 79,0% des enfants MAS sont sortis guéris au cours des 7 premières semaines de traitement, ce qui constitue une performance relativement acceptable en UNTA. Une durée de séjour courte suggère un traitement efficace qui favorise son appréciation par la communauté. <sup>(1)</sup>

## ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

La collecte des données qualitatives a été organisée selon la « matrice d'échantillonnage qualitative » (Annexe 5), développée en collaboration avec les membres clés de l'équipe de l'investigation. Afin d'assurer la représentativité de toutes les aires de santé (AS) aussi que la participation équitable de tous les informateurs clés, un outil unique a été développé permettant de prendre en compte tous les facteurs, les visualiser et transcrire sur la grille de planification. Sur le plan journalier, chaque équipe d'un superviseur et deux enquêteurs a réalisé au moyen deux entretiens semi-directifs et/ou discussions en groupe, arrivant au total de 37 entretiens avec 101 personnes interviewées dans les 4 AS de la ZS Kirotshe et une AS de la zone de santé de Masisi. L'utilisation de la matrice d'échantillonnage qualitative a permis d'achever l'exhaustivité des données aussi que leur triangulation par méthode, source et ethnie.

La collecte des données qualitatives a été orientée par les guides d'entretien développés pour chaque groupe d'informateurs clés afin de mieux orienter les discussions et assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies. Ensuite, les données ont été analysées par l'ensemble de l'équipe de l'investigation, répertoriées et mises en contexte.

## CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION

Six termes locaux ont été utilisés par les personnes interviewées pour parler de la malnutrition, dont « bwaki » (qui fait référence à tous les deux types de la malnutrition) était le plus courant. Le terme se traduit comme « enfant qui présente les signes de la malnutrition ». Les symptômes les plus souvent cités que les interviewés associent à chacun de ces termes, sont les cheveux défrisés/décolorés, gonflement du corps (œdèmes) et changement de la couleur de la peau. Les symptômes du marasme étaient rarement donnés, même si les personnes interviewées reconnaissent que le terme « bwaki » signifie aussi marasme.

| Terme local    | Langue      | Signification                                                                                                 |
|----------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bwaki          | Swahili     | « enfant qui présente les signes de la malnutrition » (marasme & kwashiorkor) », « le sang devient mousseux » |
| Yushe          | Kinyarwanda | « maladie due aux grossesses rapprochées »                                                                    |
| Kilonda tumbu  | Swahili     | « candidose », « plaies intestinales » (entraîne la malnutrition)                                             |
| Kivubo         | Kinyarwanda | Idem                                                                                                          |
| Ngonga         | Kihunde     | « blessure au niveau de la tête à la naissance », (enfant ne mange pas bien, entraîne la malnutrition)        |
| Malisho mubaya | Swahili     | Idem                                                                                                          |

La compréhension globale de la malnutrition reste vague, sur 16 accompagnants MAS interviewés, 6 comprennent les causes, symptômes et effets. Les autres informateurs clés ont une connaissance superficielle. Une majorité de 58 % n'a pas pu témoigner des bonnes connaissances de la maladie, ne citant que quelques éléments isolés.

Malgré ces différences, les répondants ont dévoilé de manière écrasante (98%) que la malnutrition est souvent stigmatisée, même si les motifs varient et reflètent toutes sortes de croyances sous-jacentes. Souvent la stigmatisation prend ses racines dans la situation socioéconomique des familles concernées, liant la malnutrition à la pauvreté. En effet, les croyances en sorcellerie, connu comme « karuho » semblent d'être toujours vivantes, même si elles sont généralement en diminution. 60% des accompagnants MAS interviewés ont affirmé qu'ils ont pensé que leur enfant pourrait être « empoisonné », ce que se traduit directement en recours aux soins chez les tradipraticiens ou au moins le traitement parallèle (centre de santé et tradipraticien). Parmi les autres informateurs clés, 32% ont dévoilé les croyances en sorcellerie pendant que 51% ont confirmé le recours au tradipraticiens. Ainsi, ces tendances mettent en cause la bonne compréhension de la malnutrition par les peuples qui semblent mélanger les origines de la maladie avec les actes de malfaisance fréquemment pratiqués dans le milieu. Quand au marasme, il est considéré comme une maladie néo-natale « ngonga » et qui ne peut pas être soignée dans une structure de soin, expliquant le recours aux tradipraticiens.

## SYMPTOMES ET CAUSES DE LA MALNUTRITION

La pauvreté a fait le haut de la liste des causes les plus citées, liant un manque des ressources financières avec un manque des aliments dans le foyer, une mauvaise alimentation (manque d'aliments de qualité) ou la monotonie alimentaire (manque d'aliments de diversité). Les personnes interviewées ont souvent associé la pauvreté avec les conflits interethniques et les déplacements de la population en conséquence. Les autres ont

parlé de manque de terre à cultiver, car les terres appartiennent aux éleveurs et priorisent les bétails au détriment de la population.

La kwashiorkor est connue par ses symptômes cités, entre autres le gonflement des membres inférieurs, ballonnement du ventre, cheveux défrisés et décolorés et le changement de la couleur de la peau ; d'autres informateurs encore ont parlé du manque d'appétit, diarrhée, vomissement et apathie.

## CONNAISSANCE ET APPRECIATION DU SERVICE PCIMA

« Le programme pour les enfants malnutris » est généralement connu et estimé très favorablement par les accompagnants MAS aussi que par les autres informateurs clés. Entre autres, ils apprécient sa gratuité et le rétablissement rapide des enfants. Selon les témoignages, cette appréciation se traduit en bon accueil des relais communautaires qui réalisent les mesures anthropométriques (« kipimo ») de tous les enfants entre 6 à 59 mois. La population comprend que seulement les enfants « qui tombent dans les critères » peuvent accéder aux soins. Les rejets ne semblent pas être fréquents.

Les personnes interviewées ont reconnu la qualité du service PCIMA. Entre autres le bon accueil, la bonne communication entre le personnel soignant et les accompagnants des enfants malnutris, le bon approvisionnement en ATPE, aussi que le taux de guérison élevé ont été mentionnés. De côté technique, l'équipe d'investigation était en mesure de reconnaître à sa juste valeur la formation et l'implication du personnel soignant dans les activités du programme, la bonne tenue de la documentation, le respect des critères d'admission et de sortie et l'opérationnalité du système de référencement et contre-référencement. Les équipes de COOPI jouissent de bonnes relations avec le personnel soignant et tous les autres représentants du ZS Kirotshe et Masisi, grâce à leur contact régulier dans les structures sanitaires et le soutien approprié. La bonne collaboration et coopération entre les partenaires, y compris l'intégration du service PCIMA dans les structures existantes, a été repéré comme un booster.

Malgré ces points forts, certaines insuffisances dans la qualité du service PCIMA ont été soulevées et nécessitent que les démarches adéquates soient entamées. Les personnes interviewées ont signalé que le temps d'attente est très long et que le temps de consultation ne paraissait pas suffisant, suite à un afflux de bénéficiaires qui proviennent d'hors aire et même d'hors zone pour bénéficier des soins gratuits pour d'autres pathologies ; le personnel soignant nouvellement affecté dans les structures, suite à une rotation régulière, n'est pas adéquatement formé, ce qui peut entraîner des insuffisances dans la consultation médicale, comme la mauvaise prise des mesures anthropométriques ; la sensibilisation ne s'est pas prouvée systématique et régulière dans tous les centres de santé concernés.

## BARRIERES GEOGRAPHIQUES ET CULTURELLES

Les accompagnants MAS interviewés ont dévoilé un haut niveau de préoccupation pour la santé de leurs enfants aussi que la compréhension de l'adhésion au traitement afin d'assurer la guérison. Par contre, une démotivation a été observée des mamans dont leur enfant a été rejeté une fois et qui ne prennent plus le temps à aller au centre de santé, même si l'enfant est référé et remplit les critères d'admission.

En outre, les croyances et les pratiques locales restent la mer à boire dans la communauté. Ainsi, il a été noté entre autres que certains peuples sèvent leurs enfants à cause de la nouvelle grossesse et que le colostrum est considéré comme mauvais lait. Des monotonies alimentaires sont très courantes suite aux habitudes et coutumes qui constituent des repas non-équilibrés. L'inégalité de la charge de travail entre les hommes et les femmes est largement répandue, le garde d'enfants étant uniquement une affaire des femmes. Celles-ci peuvent se sentir « sous pression » et refuser le référencement à l'UNTI/UNTA de leur enfant si l'homme n'approuve pas de leur absence (prolongée) dans le foyer et/ou n'assiste pas à la garde des autres enfants.

## DÉPISTAGE ET RÉFÉRENCEMENT

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'unique acteur du dépistage/référencement actif dans la zone de santé de Kirotshe et Masisi, complémenté par le dépistage passif de tous les enfants de moins de 5 ans lors des consultations médicales aux centres de santé.

Lors de référencement, les relais communautaires distribuent les jetons (« fiches de référencement ») et instruisent les accompagnants d'organiser un déplacement au centre de santé. Une fois inscrit au programme, un carnet est donné à l'enfant pour son suivi. Si l'enfant ne se présente pas, le consultant devrait notifier au relais communautaire qui effectuera une visite à domicile afin de motiver les accompagnants de reprendre le traitement.

La régularité et la systématisation du dépistage dépendent fortement de la motivation des relais communautaires. Dans toutes les structures, il a été relevé que certains relais communautaires sont démotivés par suite de motivation d'une partie des RECO seulement par le partenaire COOPI ; ils ont abandonné le travail et par conséquent il y a un manque de relais dans certains villages.

Les rejets des enfants MAM qui ne sont pas pris en charge par le programme PCIMA, constitue une barrière pour certaines mamans qui refusent un deuxième référencement même si l'enfant remplit les critères et elles préfèrent recourir à la médecine traditionnelle.

## SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'acteur principal de la sensibilisation dans les zones de santé de Kirotshe et de Masisi. Le réseau est soutenu par le personnel soignant. D'autres acteurs ont exprimé également leur bonne foi de soutenir ces activités, mais se disent limités par manque de formation à la matière, dont les chefs coutumiers, les autorités religieuses qui exercent une influence importante dans le domaine d'opinion. Les personnes interviewées ont émis un avis que ceci devrait être renforcée « parce que la population peut mieux les écouter ».

Les tradipraticiens semblent d'être partiellement sensibilisés et contribuent au référencement des enfants malnutris quand leur traitement « échoue ». Par contre, ils ne sont pas inclus dans la sensibilisation adressant les croyances et pratiques traditionnelles qui conditionnent la perception fautive de la maladie et/ou son traitement.

Les cibles des séances de sensibilisation sont les femmes enceintes/allaitantes et/ou les femmes en général en tant que nourrices des enfants. Vu leur rôle et pouvoir décisionnel, les hommes pourraient être aussi invités mais leur présence n'est pas si fréquente. A cet égard il est important de noter que la majorité des relais communautaires sont des hommes pendant que les cibles de leurs activités courantes sont les femmes, ce qui pourrait obstruer la communication. Idéalement, le réseau des relais communautaires devrait être renforcé par des membres féminins afin de permettre la diversification des activités pour les hommes et les femmes respectivement.

En ce qui concerne la fréquence des séances de sensibilisation, les réponses ont varié entre une fois par semaine et une fois par mois, tout dépendant de la volonté du relais communautaire et de l'implication du personnel soignant. Les thèmes cités couvrent la vaccination et l'importance de la CPN et la CPS, les bonnes pratiques en eau-hygiène-assainissement, aussi que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). La malnutrition a été citée, mais pas d'une manière régulière et voir même le programme PCIMA.

Dans le tableau ci-dessous, les carrés orange représentent les canaux de communication utilisés dans le cadre du programme PCIMA. Les carrés en bleu représentent les activités complémentaires recommandées afin de renforcer la sensibilisation et stimuler le changement de comportement. Ils représentent aussi l'approche de la

communication participative qui prend ses racines dans les médias et s'affine vers le dialogue sur les barrières et solutions au niveau « peer 2 peer ».

| 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 »                             |                       |                                         |                                           |                          |                                         |
| « Porte à Porte »                           |                       |                                         |                                           |                          |                                         |
| Discussions communautaires                  |                       |                                         |                                           |                          |                                         |
| Théâtre communautaire / Evénements spéciaux |                       |                                         |                                           |                          |                                         |
| Mass médias                                 |                       |                                         |                                           |                          |                                         |

## ÉTAPE 2

Les données de routines du programme, les données quantitatives ainsi que les données qualitatives collectées pendant l'étape 1, une fois combinées, ont aidé à identifier les zones dans le district où il était probable que la couverture soit insuffisante ou bien satisfaisante. Ces données ont révélé des informations concernant les barrières potentielles à l'accès aux services. Ces informations ont été utilisées pour formuler des hypothèses qui ont ensuite été évaluées.

La petite enquête géographique est utilisée pour tester des hypothèses sur la distribution spatiale de la couverture. Une petite enquête géographique a été menée dans 8 villages dans les aires de santé de Rubaya, Mumba et Kibabi.

L'analyse des données qualitatives et quantitatives a révélé que bon nombre des cas MAS proviennent des villages plus proches des structures de santé qui bénéficient d'une bonne couverture au détriment des villages plus éloignés. Cette variation a nécessité des recherches pour en comprendre la cause, car le taux d'admission et la distance sont parmi les éléments les plus importants pour une bonne couverture et accessibilité.

Ces observations ont mené à l'hypothèse suivante : la couverture est hétérogène dans les ZS de Kirotshe et Masisi. Certaines zones bénéficient d'une bonne couverture tandis que d'autres sont confrontées à une mauvaise couverture ; cela est en lien avec la distance et l'accessibilité.

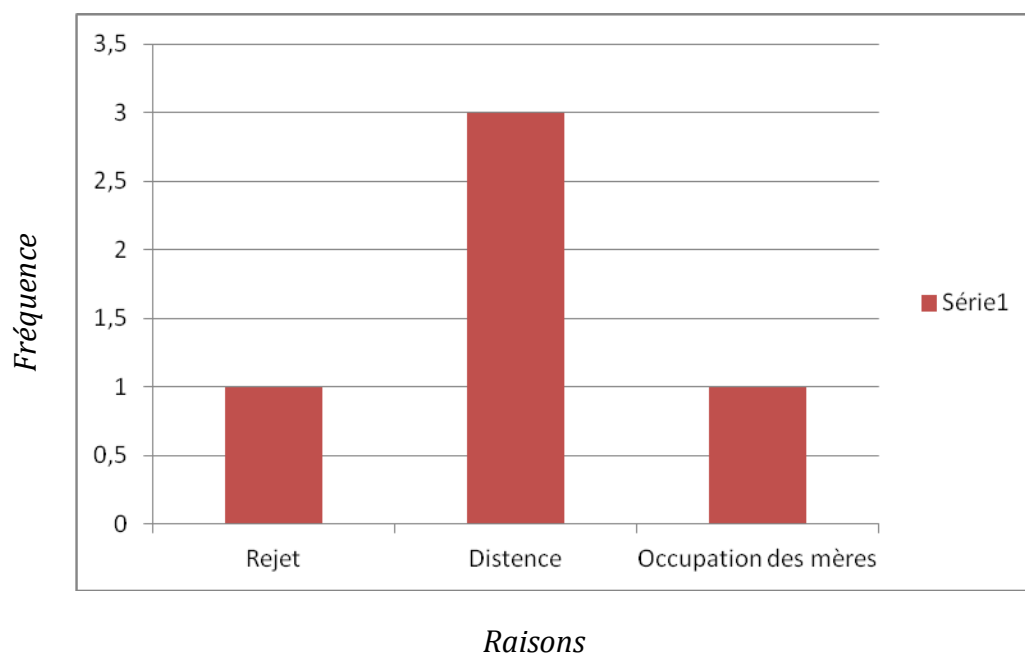
Deux villages par aire de santé ont été sélectionnés pour tester l'hypothèse sur les zones de couverture faibles ou élevées. Pour l'AS Mumba, 2 villages de plus ont été sélectionnés car dans les deux villages sélectionnés initialement, aucun cas de MAS n'a été trouvé. Les 8 villages ont été sélectionnés pour la petite enquête géographique sur la base de la distance et de l'accessibilité. *Mattheus 1, Buhurui, Muhungwe et Rutingita* sont quatre villages se trouvant dans le rayon d'un kilomètre d'un centre de santé et facile d'accès ; par contre, *Nyabirehe, Makondero Mishavu et Kanyenzuki* sont quatre villages très éloignés d'un centre de santé. Ces villages sont présentés dans le **TABLEAU 2** ci-dessous :

**TABLEAU 2.** Critères de sélection des villages pour la petite enquête géographique ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

| Hypothèse                          | Village                                     | Distance |
|------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| Zone de couverture satisfaisante   | Mattheus 1, Buhurul<br>Muhungwe, Rutingita  | -        |
| Zone de couverture insatisfaisante | Nyabirehe, Makondero<br>Mishavu, Kanyanzuki | +        |

Un questionnaire a été soumis aux accompagnants (exclusivement des mères) des 5 cas MAS non couverts afin de comprendre pourquoi ils ne l'étaient pas. Sur les 5 mères des enfants MAS, 4 mères (80%) savaient que leurs enfants étaient malades et 1 mère (20%) ne savait pas. Deux mères (40%) n'avaient pas réalisé que leurs enfants étaient malnutris ; un peu plus que la moitié d'entre elles, 3 mères (60%), en avaient conscience. 4 mères connaissaient le programme de la PCIMA et ont pourtant choisi de ne pas y amener leur enfant. La **FIGURE 9** reporte les barrières principales à l'accès au traitement venant de l'analyse des questionnaires administrés aux accompagnants des cas non couverts.

**FIGURE 9.** Barrières à l'accessibilité des cas MAS non couverts - petite enquête géographique ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



Les barrières principales à l'accessibilité pour les cas de MAS non couverts sont la distance qui est aussi lié à l'occupation de la mère, souvent en lien avec les travaux champêtres.

Le **TABLEAU 3** et **TABLEAU 4** ci-dessous présentent les résultats de l'analyse de la petite enquête géographique.

**TABLEAU 3.** Résultats de la petite enquête géographique ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

|                                          | Matheus 1,<br>Buhurui,<br>Muhungwe,<br>Rutingita<br>† | Nyabirehe,<br>Makondero<br>Mishavu,<br>Kanyenzuki<br>‡ |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Nombre total de cas MAS trouvés          | 3                                                     | 4                                                      |
| Cas MAS couverts                         | 2                                                     | 0                                                      |
| Cas MAS non couverts                     | 1                                                     | 4                                                      |
| Nombre total des cas en voie de guérison | 1                                                     | 2                                                      |

† Zone de couverture satisfaisante ; ‡ Zone de couverture faible

**TABEAU 4.** Analyse des résultats de la petite enquête géographique pour les enfants MAS ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

|                                                                             | <b>Mattheus 1, Buhurui,<br/>Muhungwe, Rutingita<br/>†</b>                                                                                | <b>Nyabirehe, Makondero<br/>Mishavu, Kanyenzuki<br/>‡</b>                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Couverture recherchée (p)</b>                                            | 50%                                                                                                                                      | 50%                                                                                                                                      |
| <b>Nombre de cas MAS trouvés + nombre d'enfants en voie de guérison (n)</b> | 4                                                                                                                                        | 6                                                                                                                                        |
| <b>Cas MAS couverts + nombre d'enfants en voie de guérison</b>              | 3                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                        |
| <b>Règle de décision (d)</b>                                                | $= \left\lfloor 4 \times \frac{50}{100} \right\rfloor$ $= \lfloor 2 \rfloor$ $= 2$                                                       | $= \left\lfloor 6 \times \frac{50}{100} \right\rfloor$ $= \lfloor 3 \rfloor$ $= 3$                                                       |
| <b>Déductions</b>                                                           | Nombre de cas MAS couverts + enfants en voie de guérison (3) > règle de décision (2)<br>Couverture actuelle ≥ 50 %<br>Hypothèse vérifiée | Nombre de cas MAS couverts + enfants en voie de guérison (0) < règle de décision (3)<br>Couverture actuelle < 50 %<br>Hypothèse vérifiée |

† Zone de couverture satisfaisante ; ‡ Zone de couverture faible

Les résultats de la petite enquête géographique permettent de confirmer l'hypothèse sur les taux de couverture faibles ou élevés ; il y a bien une hétérogénéité de la couverture dans le ZS de Kirotshe et Masisi. Certaines zones bénéficient d'une bonne couverture tandis que d'autres sont confrontées à une mauvaise couverture ; cela est en lien avec la distance.

## DÉVELOPPEMENT DE LA PROBABILITÉ A PRIORI

À cet effet, la probabilité a priori est 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.

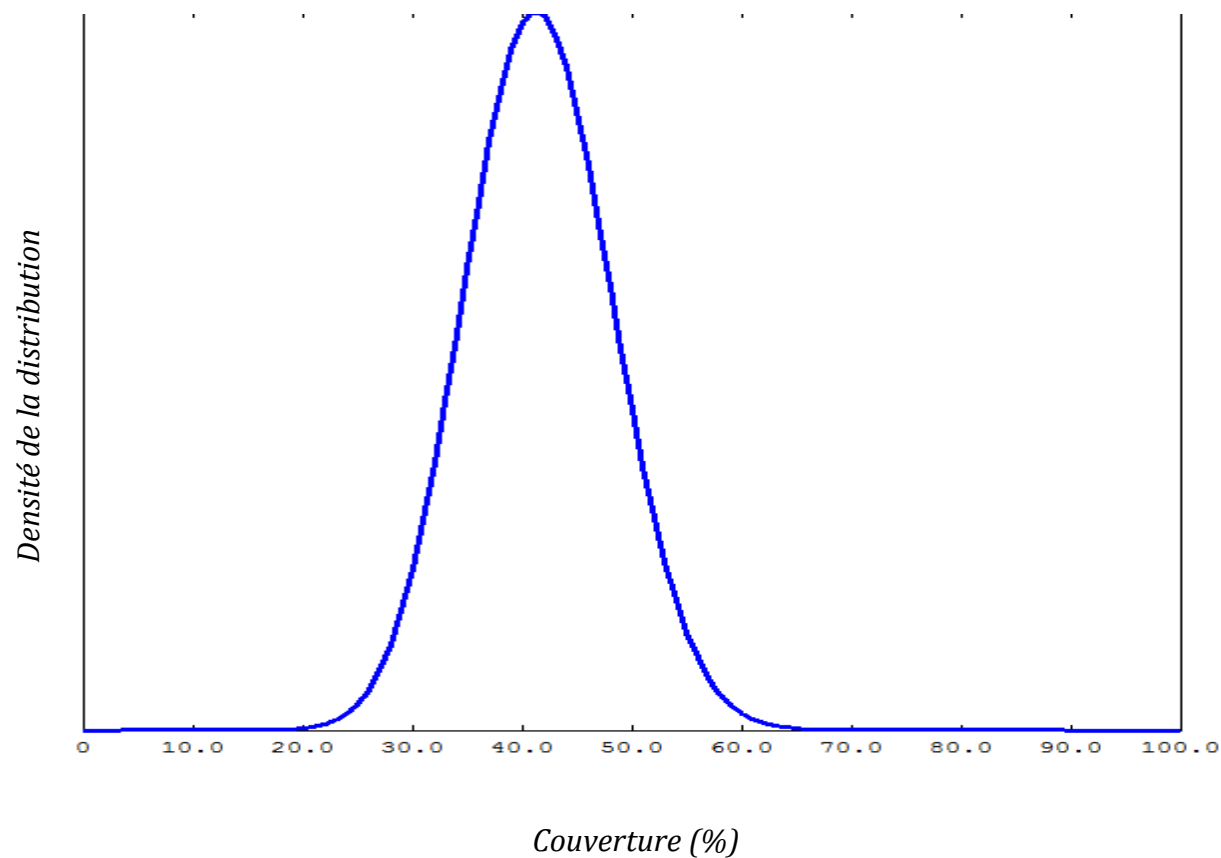
Elle se construit à partir de la moyenne des cinq estimations de la couverture suivantes : (1) l'outil BBQ simple ; (2) l'outil BBQ pondéré ; (3) l'outil BBQ communautaire ; (4) le schéma conceptuel et (5) l'histogramme. Le **TABEAU 5** ci-dessous détaille les calculs de la mode de la probabilité a priori pour les ZS de Kirotshe et Masisi.

**TABLEAU 5.** Analyse des résultats de la petite enquête géographique pour les enfants MAS ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

| Outil                       | Barrière | Booster | Calcul                                                                    | Résultat      |
|-----------------------------|----------|---------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| BBQ Simple                  | 12       | 8       | $mode_{a\ priori} = \frac{(8 \times 3\%) + [100\% - (12 \times 3\%)]}{2}$ | 44 %          |
| BBQ Pondéré                 | 59       | 39      | $= \frac{39 + (100\% - 59\%)}{2}$                                         | 40,0 %        |
| BBQ Communautaire           | 51       | 43      | $= \frac{43\% + (100\% - 51\%)}{2}$                                       | 46,0 %        |
| Schéma Conceptuel           | 54       | 28      | $mode_{a\ priori} = \frac{28\% + (100\% - 54\%)}{2}$                      | 37 %          |
| Histogramme                 | —        | —       | —                                                                         | 41,0 %        |
| <b>Probabilité a priori</b> |          |         |                                                                           | <b>41,6 %</b> |

Ensuite, les paramètres de forme  $\alpha_{apriori}$  et  $\beta_{apriori}$  ont été calculés selon les calculs bayes élaborés dans la référence technique SQUEAC avec le mode de la probabilité a priori de 41,6%, dont le degré de certitude oscillait entre  $\pm 20\%$ . Cette distribution a ensuite été traduite sous forme de courbe représentée en **FIGURE 10** ci-après.

**FIGURE 10.** La densité de probabilité a priori, Distribution = Beta (22,7, 31,9), Mode = 41,6% ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



— Probabilité a priori = Beta (22,7, 31,9), Mode = 41,6%

## ÉTAPE 3

# CONSTRUCTION DE L'EVIDENCE VRAISEMBLABLE : ENQUÊTE SUR GRANDE ZONE

## ECHANTILLONAGE

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule 1:

$$n = \left\lceil \frac{mode \times (1 - mode)}{(précision \div 1.96)^2} - (\alpha_{a\ prior} + \beta_{a\ prior} - 2) \right\rceil \quad 1$$

dans laquelle *mode* est le mode de la probabilité a priori,  $\alpha_{a\ prior}$  et  $\beta_{a\ prior}$  sont les paramètres de forme et *précision* est la précision souhaitée pour l'estimation de la couverture a posteriori. Dans la SQUEAC, la taille de d'échantillon pour l'enquête de grande zone (l'évidence vraisemblable) est calculée pour atteindre une précision de  $\pm 10\%$  autour de l'estimation de la probabilité a posteriori, comme dans le cas présent. La taille de l'échantillon pour cette enquête était de 53 enfants MAS pour le ZS de Kirotche et Masisi.

La taille de l'échantillon a été utilisée pour définir le nombre de villages ayant besoin d'en faire partie avec l'équation 2 :

$$n_{villages} = \left\lceil \frac{n}{pop.moyenne\ de\ village \times \frac{\% de\ la\ population_{6-59months}}{100} \times \frac{prévalence\ MAS}{100}} \right\rceil \quad 2$$

Avec une prévalence de MAS de 1,2 % dans la zone de Kirotche et un pourcentage de la population âgée de 6 à 59 mois de 17,9 %, le nombre minimum de villages à échantillonner a été calculé en fonction de la population moyenne d'habitants par village (1752) : ce nombre minimum de villages à échantillonner était de 14, sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié. Trois villages supplémentaires ont été tirés comme villages réserves.

## RESULTATS

En complément de l'analyse des données qualitatives et quantitatives, une enquête sur une grande zone a été menée dans 17 villages repartis à travers de toute la zone d'intervention.

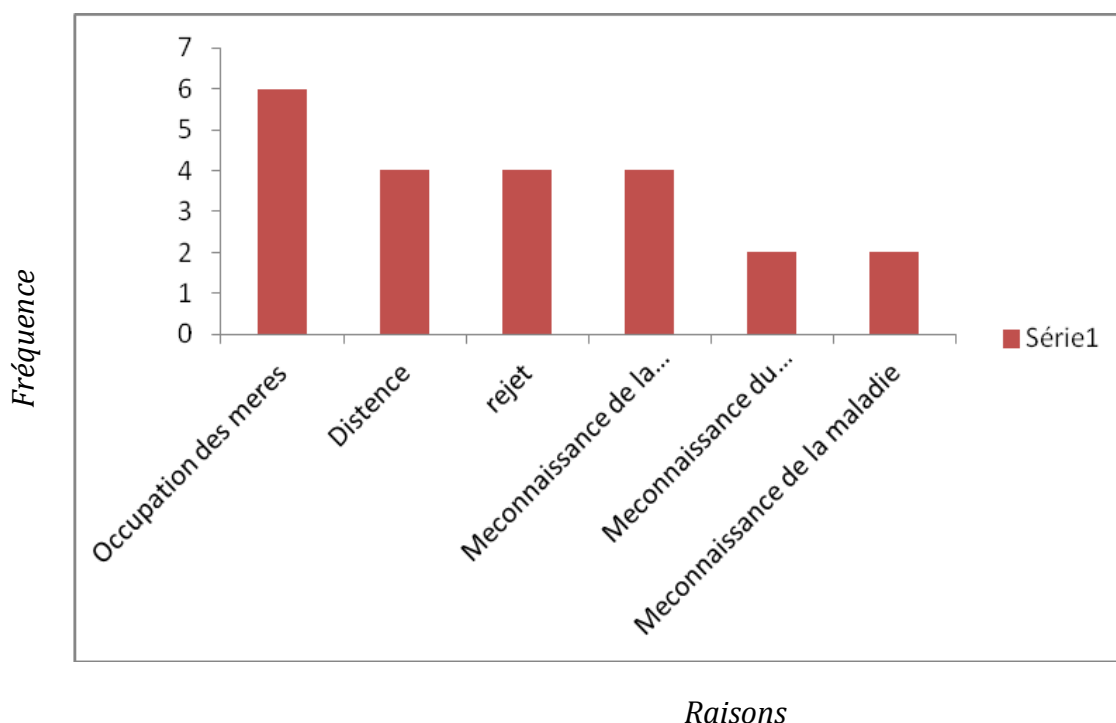
Au total, 36 cas de MAS et 31 enfants en voie de guérison au total ont été recensés pendant l'enquête permettant d'atteindre une précision de  $\pm 8\%$ . Les principaux résultats sont présentés dans le **TABLEAU 5** ci-dessous :

**TABLEAU 5.** Résultats de l'enquête sur grande zone ; Zone Sanitaire de Kirotche et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014

| Résultats                                | Kirotche / Masisi |
|------------------------------------------|-------------------|
| Nombre total de cas MAS trouvés          | 36                |
| Cas MAS couverts                         | 13                |
| Cas MAS non couverts                     | 23                |
| Nombre total des cas en voie de guérison | 31                |

Un questionnaire a été soumis aux accompagnantes (exclusivement des mères) des 23 cas non couverts afin de comprendre pourquoi ils ne l'étaient pas. Sur les 23 mères des enfants MAS, 4 mères (17,4%) n'avait pas réalisé que leurs enfants étaient malnutris ; 2 mères (8,7%) ne pensait pas que son enfants était malade. 2 mères (8,7%) ne connaissait pas le programme de PCIMA, alors que le reste des mères connaissaient le programme de la PCIMA et ont pourtant choisi de ne pas y amener leur enfant. La **FIGURE 11** reporte les barrières principales à l'accès au traitement venant de l'analyse des questionnaires administrés aux accompagnants des cas non couverts.

**FIGURE 11.** Barrières à l'accessibilité des cas MAS - enquête sur grande zone ; Zone Sanitaire de Kirotche et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



## ESTIMATION DE LA COUVERTURE BAYÉSIENNE : LA PROBABILITÉ A POSTERIORI

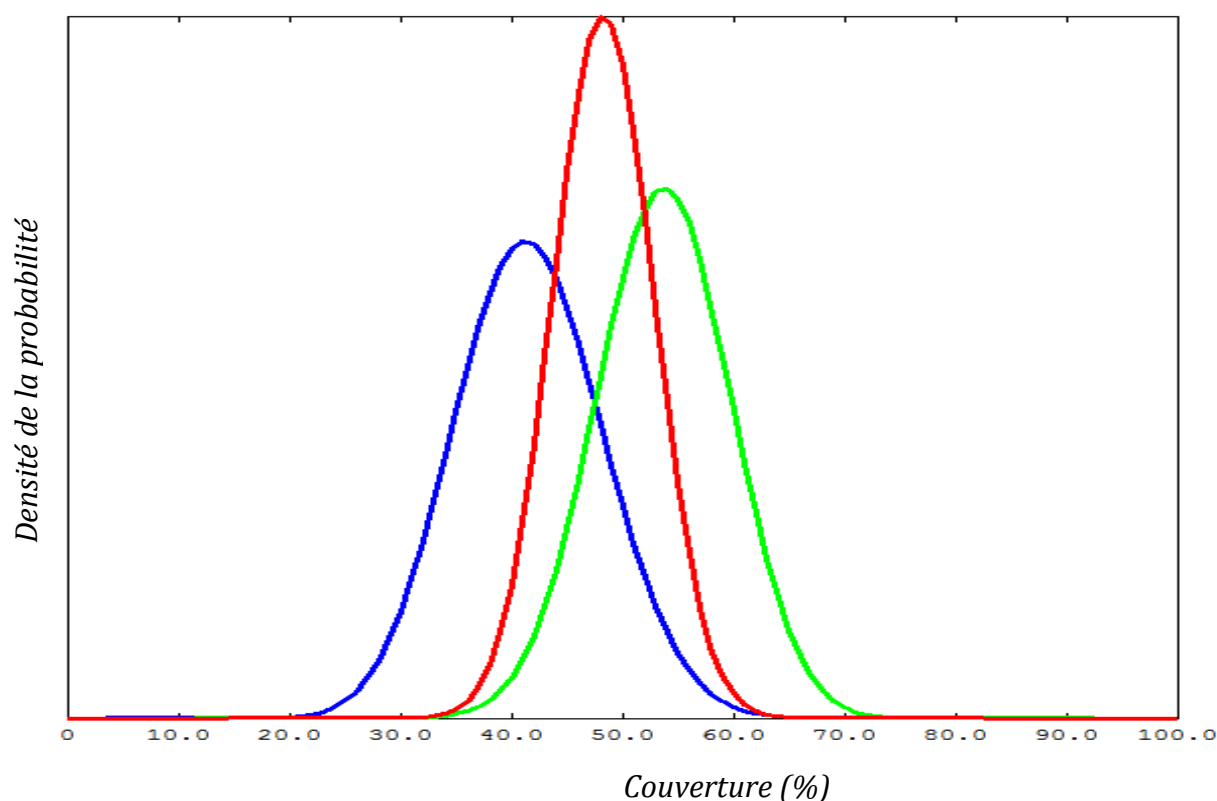
Dans le cadre de la présente investigation, la couverture période est utilisé comme l'indicateur le plus approprié pour refléter la couverture du programme ; il représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de MAS.

En utilisant la méthode bayésienne d'analyse conjuguée beta-binomiale, la densité de la probabilité a priori a été combinée avec la fonction de l'évidence vraisemblable afin de calculer la probabilité a posteriori—l'estimation finale de la couverture :

- MAS : 48,2% (95% IC ) ; Z-test :  $z = -1,36$ ,  $p = 0,1774$

La **FIGURE 12** est la graphique représentant les trois densités de probabilité pour les ZS de Kirotshe et Masisi.

**FIGURE 12.** Graphique de l'analyse conjuguée beta-binomiale ; Zone Sanitaire de Kirotshe et Masisi, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, 2014



— Probabilité a priori =  $\text{Beta}(22,7, 31,9)$ , Mode = 41,6%

— Evidence vraisemblable = Binomiale (57, 2),

— Probabilité a posteriori, mode = 48,2% (95% IC )

Z-test :  $z = -1,3$ ,  $p = 0,1754$

# DISCUSSION

---

Les résultats de l'évaluation SQUEAC aboutissent à une estimation de la couverture actuelle de :

- MAS : 48,2% (95% IC ) ; Z-test :  $z = -1,36$ ,  $p = 0,1774$

L'estimation finale de la couverture dans le ZR de Kirotshé et Masisi est légèrement inférieure au standard international SPHERE pour les programmes de PCIMA en contexte rural qui est de 50%.

Des facteurs négatifs ayant le plus grand impact sur la couverture qui ont été révélés lors de l'investigation sont émis comme recommandation sous formes d'un plan et qui seront pris en compte pour l'amélioration du programme.

# PLAN D'ACTION

## RECOMMANDATION 1. Améliorer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

| Objectif                                                                                                                                              | Justification                                     | Responsable                                     | Indicateur de performance                                                          | Cible                                               | Délai   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|
| Former et/ou recycler le personnel soignant en :<br>- PCIMA/ANJE<br>- Prise des mesures anthropométriques                                             | Insuffisances dans la qualité du service PCIMA    | - PRONANUT<br>- BCZS Kirotshe/Masisi<br>- COOPI | Nombre de personnel formé et/ou recyclé                                            | 100% du personnel formé et/ou recyclé               | 06/2015 |
| Renforcer la supervision formative du personnel soignant                                                                                              | Idem                                              | - BCZS Kirotshe/Masisi<br>- COOPI               | Nombre de visites formatives dans chaque CdS                                       | 1 visite formative dans chaque CdS/mois             | 04/2015 |
| Systématiser et assurer le suivi du dépistage passif de tous les enfants de 6-59 mois, les femmes enceintes et allaitantes à la consultation curative | Idem                                              | - BCZS Kirotshe/Masisi<br>- COOPI               | Nombre de personnes dépistées passivement                                          | 100% des admissions curatives dépistées passivement | 04/2015 |
| Renforcer le plaidoyer enfin d'avoir des quantités d'ATPE suffisantes pour pouvoir répondre aux besoins                                               | Rupture occasionnelle de stock d'ATPE (PlumpyNut) | COOPI                                           | Jours de ruptures de stock des intrants nutritionnels dans les structures appuyées | 0 jours                                             | 04/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                                                |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Concevoir et mettre en place une stratégie améliorée de sensibilisation au niveau des CdS, en intégrant la malnutrition dans les CPN/CPS, afin d'optimiser la compréhension de la malnutrition et de son traitement | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisances dans la qualité du service PCIMA</li> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Stigmatisation, Itinéraires thérapeutiques, Croyances et pratiques (traditionnelles)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Une (1) stratégie améliorée de la sensibilisation nutritionnelle développée et mise en place au niveau des CdS | Une (1) stratégie améliorée de la sensibilisation nutritionnelle développée et mise en place au niveau des CdS | 09/2015 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

**RECOMMANDATION 2.** Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

| Objectif                                                                                                            | Justification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Responsable | Indicateur de performance                                                                                     | Cible                                                                                                         | Délai   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Appuyer le responsable de la mobilisation communautaire au niveau BCZS et assister au renforcement de ses capacités | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisances dans le réseau des relais communautaires</li> <li>- Insuffisances dans la sensibilisation</li> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Méconnaissance du programme</li> <li>- Croyances et pratiques (traditionnelles)</li> <li>- Itinéraires thérapeutiques</li> </ul> | COOPI       | Le responsable de la mobilisation communautaire au niveau du BCZS est appuyé et ses capacités sont renforcées | Le responsable de la mobilisation communautaire au niveau du BCZS est appuyé et ses capacités sont renforcées | 06/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                              |                                                                                          |                  |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|
| Organiser des réunions de coordination trimestrielles au niveau de la ZS Kirotshe/Masisi afin d'établir une stratégie de la mobilisation communautaire applicable à l'ensemble de la ZS et de suivre/consolider son progrès | Idem | - BCZS Kirotshe/Masisi (MCZ, IT des CdS)<br>- COOPI                                          | Nombre de réunions de coordination organisées                                            | 4 réunions/an    | 06/2015 |
| Développer des boîtes à image contenant des messages clés sur des thèmes liés à la malnutrition, traduit en langue locale, y compris ses causes sous-jacentes, se reposant sur un répertoire des croyances locales          | Idem | - BCZS Kirotshe/Masisi<br>- COOPI<br>- Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires | Nombre de boîtes à images contenant des messages clés liées à la malnutrition développée | 1 boîte à images | 09/2015 |
| Développer le contenu des séances de sensibilisation adapté aux groupes cibles suivants : RC, Personnes influentes (CC, AR, E), GT, AT, GdS ANJE (H/F)                                                                      | Idem | - BCZS Kirotshe/Masisi<br>- COOPI<br>- Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires | Nombre de modules de sensibilisation adaptés à l'audience cible développés               | 5                | 09/2015 |

**RECOMMANDATION 3.** Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène

| Objectif | Justification | Responsable | Indicateur de performance | Cible | Délai |
|----------|---------------|-------------|---------------------------|-------|-------|
|----------|---------------|-------------|---------------------------|-------|-------|

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                           |      |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Redynamiser le système de relais communautaires dans chaque AdS                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisances dans le réseau des relais communautaires</li> <li>- Insuffisances dans la sensibilisation</li> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Méconnaissance du programme</li> <li>- Croyances et pratiques (traditionnelles)</li> <li>- Itinéraires thérapeutiques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de séances de recyclage organisées</li> <li>- Disponibilité des rapports mensuels de chaque RC</li> </ul> | 100% | 06/2015 |
| Assurer que chaque village dispose d'au moins un ou deux relais communautaires (RC) dynamiques, dont une femme                                                                          | Idem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- CC</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Taux des villages ayant élu ou réélu ses RC, tout en s'assurant qu'un de deux est une femme                                                               | 100% | 06/2015 |
| Renforcer les capacités techniques et interpersonnelles de chaque RC (nouveau élu ou maintenu) à travers des séances de recyclage dans chaque AdS                                       | Idem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul>               | Taux de RC dûment recyclés sur tous les aspects de la fonction                                                                                            | 100% | 09/2015 |
| Doter chaque RC d'un matériel nécessaire (MUAC, jetons de référencement, boîte à image en langue locale, etc.) afin de permettre l'exécution régulière de ses tâches et responsabilités | Idem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- COOPI</li> </ul>                                 | Taux de RC disposant du matériel nécessaire pour effectuer son travail                                                                                    | 100% | 06/2015 |

|                                                             |                                                        |                                                                      |                                                                                                               |      |         |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Assurer le dépistage mensuel dans chaque village de la zone | Insuffisances dans le réseau des relais communautaires | RC, sous la supervision de l'IT, CODESA, BCZS Kirotshe/Masisi, COOPI | Développement d'un calendrier de dépistage élaboré lors d'une réunion de coordination au niveau de chaque CdS | 100% | 06/2015 |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|

**RECOMMANDATION 4.** Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

| Objectif                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Justification                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Responsable                                                                                                                                                | Indicateur de performance                                                         | Cible | Délai   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Cartographier tous les personnages clés dans chaque AdS, notamment: les chefs coutumiers (CC), autorités religieuses (AR), guérisseurs traditionnels (GT), accoucheuses traditionnelles (AT), enseignants (E), organisations communautaires de base (OCB), groupes de soutien ANJE et/ou autres intervenants influents | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisances dans la sensibilisation</li> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Méconnaissance du programme</li> <li>- Croyances et pratiques (traditionnelles)</li> <li>- Itinéraires thérapeutiques</li> <li>- Problèmes liés au genre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- COOPI</li> <li>- Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires</li> </ul> | Cartographie exhaustive, couvrant tous les personnages clés dans chaque AdS de ZS | 100%  | 06/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                         |                                                                                                         |      |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Organiser des réunions de sensibilisation avec les chefs coutumiers (CC) dans chaque AdS, plaidoyant, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux, avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes                                 | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Réunions de sensibilisation avec CC organisées pour chaque Ads                                          | 100% | 06/2015 |
| Doter chaque chef coutumier (CC) d'une boîte à images traduite en langue locale des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population                                                                                                                                            | Idem | COOPI                                                                                                   | Chaque CC dispose d'une boîte à image des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation | 100% | 09/2015 |
| Organiser des réunions de sensibilisation avec les autorités religieuses (AR) dans chaque AdS, plaidoyant, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois, avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Réunions de sensibilisation avec AR organisées pour chaque Ads                                          | 100% | 06/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |      |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Doter chaque autorité religieuse (AR) d'une boîte à images traduite en langue locale des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population                                                                                                                                                                     | Idem | COOPI                                                                                                                     | Chaque AR dispose d'une boîte à image des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation                                                                                                     | 100% | 09/2015 |
| Organiser des réunions de sensibilisation avec les guérisseurs traditionnels (GT) et accoucheuses traditionnelles (AT) dans chaque AdS, plaidoyant, entre autres, pour leur participation active dans le référencement des enfants malnutris lors des visites chez eux et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Réunions de sensibilisation avec GT et AT organisées pour chaque Ads                                                                                                                                        | 100% | 06/2015 |
| Doter chaque guérisseur traditionnel (GT) et accoucheuse traditionnelle (AT) d'un MUAC, jetons de référencement et boîte à images traduite en langue locale afin de les motiver d'assister au référencement des enfants malnutris/ sensibilisation de la population                                                                                                   | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- COOPI</li> </ul>                   | Chaque AR dispose du matériel nécessaire pour le dépistage actif et le référencement des enfants malnutris, ainsi que d'une boîte à image des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation | 100% | 06/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |      |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Organiser les réunions de sensibilisation avec les enseignants (E), organisations communautaires de base (OCB) et autres personnes influentes dans chaque ZdS, plaidoyant, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Réunions de sensibilisation avec E, OCB et autres personnes influentes organisées pour chaque Ads                                                  | 100% | 06/2015 |
| Doter chaque enseignant (E), organisation communautaire de base (OCB) et autre personne influente d'une boîte à images traduite en langue locale des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population                                                  | Idem | COOPI                                                                                                                     | Chaque E, OCB et autre personne influente identifiée dispose d'une boîte à image des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation | 100% | 09/2015 |
| Créer et former un groupe de soutien ANJE dans chaque AdS et l'impliquer activement notamment dans la sensibilisation de la population féminine                                                                                                                                                                | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | GdS ANJE mis en place dans chaque AdS                                                                                                              | 100% | 09/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                 |      |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Doter chaque groupe de soutien ANJE des MUAC, jetons de référencement et boîte à image des messages clés harmonisés afin de les permettre d'assister activement au référencement des enfants malnutris/ sensibilisation de la population | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- COOPI</li> </ul>                                 | Chaque GdS ANJE dispose du matériel nécessaire pour le dépistage actif et le référencement des enfants malnutris par ses membres, ainsi que de boîtes à image des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation | 100% | 09/2015 |
| Identifier les personnes modèles (mères/pères des enfants guéris) et les motiver de s'engager dans les activités de sensibilisation et/ou référencement, plaidoyant, entre autres, pour l'importance de leur témoignage                  | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- RC</li> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Répertoire des personnes modèles par AdS complété par un calendrier de leurs interventions auprès de la population                                                                                                              | 100% | 09/2015 |

**RECOMMANDATION 5.** Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)

| Objectif                                                                                                                                                                                | Justification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Responsable                                                                                                               | Indicateur de performance                                                              | Cible | Délai   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Mettre en place une base de données des activités communautaires                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisances dans le réseau des relais communautaires</li> <li>- Insuffisances dans la sensibilisation</li> <li>- Méconnaissance de la malnutrition</li> <li>- Méconnaissance du programme</li> <li>- Croyances et pratiques (traditionnelles)</li> <li>- Itinéraires thérapeutiques</li> <li>- Problèmes liés au genre</li> </ul> | COOPI                                                                                                                     | Base de données disponible et à jour                                                   | 1     | 06/2015 |
| Organiser des réunions de planification mensuelles des activités communautaires afin de suivre et évaluer la réalisation des activités communautaires (i.e. sensibilisation, dépistage) | Idem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Réunions de planification mensuelles organisées pour chaque Ads                        | 100%  | 06/2015 |
| Informar les personnes impliquées sur leurs responsabilités de supervision des activités communautaires au moins une semaine d'avance                                                   | Idem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Toutes les personnes impliquées sont dûment informées et confirment leur disponibilité | 100%  | 06/2015 |

|                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                              |                                                                                                                              |      |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Chaque visite de terrain est accompagnée par une courte visite auprès les personnes influentes afin d'encourager un dialogue constant avec les communautés hôtes et de permettre aux partenaires de réagir ponctuellement aux défis éventuels | Idem | <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCZS Kirotshe/Masisi</li> <li>- IT</li> <li>- CODESA</li> <li>- CC/AR/E</li> <li>- COOPI</li> </ul> | Chaque visite auprès les personnes influentes est dûment documentée dans la base des données, y compris leurs remarques clés | 100% | 06/2015 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : OUTIL BBQ (BARRIERS-BOOSTERS-QUESTIONS)

### VOLET PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

| BARRIÈRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Source                      | Ethnie     | Méthode |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------|
| Insuffisances dans la qualité du service PCIMA (1) (C4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Certain personnel soignant non-formé</i></li> <li>- <i>Insuffisances dans la consultation médicale</i></li> <li>- <i>Sensibilisation au CdS non systématique</i></li> <li>- <i>Non-respect des critères de décharge</i></li> <li>- <i>Mauvaise prise des mesures anthropométriques</i></li> </ul> | 4xPS,<br>2xEI               | HT, HD, TB | ESD, O  |
| Rupture du stock occasionnel (1) (C4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Non-disponibilité de l'ATPE (<math>\pm 2</math> jours)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | PS <sup>M</sup> ,<br>CODESA | HT         | DDG     |

## VOLET COMMUNAUTAIRE

| BARRIÈRES                                                                                                                                                                                                               | Source                                                                                                | Ethnie            | Méthode      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
| Méconnaissance du programme (6) (C5)<br>- <i>Non-présentation des mères parce qu'elles ne savent pas que programme existe</i>                                                                                           | OCB <sup>M</sup> ,<br>GT, E,<br>2xAR,<br>3xF, H                                                       | HT, TS            | ESD, DDG     |
| Méconnaissance de la malnutrition (6)(C5)<br>- <i>Marasme =, intoxication</i>                                                                                                                                           | 2xGT,<br>RC,<br>CODESA<br>, AR, CC,<br>PSF, PN                                                        | HT, KM, HD        | ESD, DDG     |
| Itinéraires thérapeutiques (6) (C4)<br>- <i>Auto medication</i><br>- <i>Recours aux soins traditionnels de première intention</i><br>- <i>Marasme traité par GT, Kwashiorkor référé au CdS</i>                          | 3xPS <sup>FM</sup> ,<br>AR,<br>2xGT <sup>H</sup> ,<br>OCB <sup>F</sup> ,<br>3xRC, E,<br>2xF, H,<br>PN | HT, HD, TS,<br>TB | DdG, ESD, HC |
| Barrières géographiques (6) (C4)<br>- <i>Mauvaise accessibilité (zone montagneuse)</i><br>- <i>Non-accessibilité pendant la saison pluvieuse</i><br>- <i>Difficultés d'approvisionnement des CdS (transport à pied)</i> | GT <sup>M</sup> ,<br>AR, RC,<br>CC, PS,<br>PN                                                         | HT, HD            | DDG, ESD     |
| Insuffisances du réseau des relais communautaires (5) (C4)<br>- <i>Démotivation des RC (RC passifs)</i><br>- <i>Faible formation des RC</i>                                                                             | 3xRC <sup>MF</sup> ,<br>3xOCB <sup>M</sup><br><sup>F</sup> ,<br>2xCODE                                | HT, HD, TS        | DDG, ESD     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Faible niveau des connaissances des RC sur la malnutrition</i></li> <li>- <i>Faible supervision des RC</i></li> <li>- <i>Manque du matériel (boîte à image)</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SA <sup>M</sup> ,<br>AR <sup>M</sup> ,<br>CC <sup>M</sup> ,<br>RC <sup>MF</sup>                                                                                                                                                           |                                      |                |
| Insuffisances dans la sensibilisation communautaire (5) (C5) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Sensibilisation communautaire par RC non-systématique et/ou insuffisante</i></li> <li>- <i>Insuffisances dans l'enregistrement des séances de sensibilisation au niveau du CdS</i></li> <li>- <i>Non-implication des acteurs communautaires clés (CC, AR, GT/AT, OCB, etc.)</i></li> <li>- <i>Cible de la sensibilisation limité (FE/FA)</i></li> <li>- <i>Insuffisances sur le plan thématique (sensibilisation sur nutrition insuffisante, sur planification familiale manquante, CPN accentué)</i></li> </ul> | AcMAS <sup>M</sup><br>F, E <sup>M</sup> ,<br>RC <sup>MF</sup> ,<br>2xAR <sup>M</sup> ,<br>3xPS <sup>MF</sup> ,<br>CC <sup>M</sup> ,<br>2xGT <sup>M</sup> ,<br>2xH,<br>2xF,<br>MC <sup>MF</sup> ,<br>OBC <sup>M</sup> ,<br>AR <sup>M</sup> | HT, HD, TS,<br>TB, HV, SH,<br>RG, ND | ESD, DDG       |
| Occupation des accompagnants (5) (C4) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Activités ménagères</i></li> <li>- <i>Travaux champêtres/Transport des fardeaux</i></li> <li>- <i>Marché hebdomadaire</i></li> <li>- <i>Inégalité de charge de travail entre les hommes et les femmes</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2xPS,<br>AR, GT,<br>AcMAS,<br>OCB,<br>RC, AR,<br>E, GT,<br>OCB, H,<br>F                                                                                                                                                                   | ESD, HC,<br>DDG                      | HT, HD, TS, TB |
| Croyances et pratiques (traditionnelles)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A <sup>MAS</sup> F,                                                                                                                                                                                                                       | HT, HD, RG,                          | DdG, ESD       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                  |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|
| (6)(C4)<br>- <i>Malnutrition liée à la sorcellerie<br/>« karuho »<br/>Utilisation de la médecine<br/>traditionnelle (feuilles/racines)</i><br>- <i>Sevrage précoce dû à la nouvelle<br/>grossesse</i><br>- <i>Composition des repas non-équilibré à<br/>cause d'un manque des aliments de<br/>diversité</i> | AR,<br>2xAT,<br>3xGT,<br>3xRC, H,<br>2xPS,<br>2xCC, E,<br>2xF,<br>2xCODE<br>SA, OCB,<br>2xIT | TS, KM, HV,<br>ND                |             |
| Problèmes liés au genre (5) (C4)<br>- <i>Non-implication des pères</i><br>- <i>Garde d'enfants est une affaire des<br/>femmes – entraine le cas d'abandon a<br/>UNTI</i><br>- <i>Faible pouvoir décisionnel des femmes</i>                                                                                  | 4XAMAS <sup>F</sup> , 2xAR,<br>2xCC, E,<br>H, F,<br>3xRC,<br>2xOCB,<br>3xPS, 2x<br>EI        | HT, HD, HV,<br>RG, SH, KM,<br>ND | DdG, ESD, O |

| BOOSTERS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Source                                                                                                                                             | Ethnie                | Méthode          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Bonne collaboration & coopération entre<br>les partenaires (5) (C7)<br>- <i>Intégration du service PCIMA dans les<br/>structures existantes</i><br>- <i>Enregistrement des patients MAS dans<br/>les registres d'accueil</i><br>- <i>Bonne collaboration entre Personnel<br/>CdS &amp; RC</i><br>- <i>Bonne collaboration entre Personnel<br/>CdS &amp; la communauté</i> | 3xAcMA<br>S <sup>F</sup> ,<br>AcMAS <sup>H</sup><br>, GTH,<br>2xCODE<br>SA <sup>HF</sup> ,<br>3xPS <sup>HF</sup> ,<br>2xF,<br>3xRC <sup>HF</sup> , | HT, HD, TB,<br>TS, KM | ESD, DDG , O, HC |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |                       |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OCB, CC,<br>AR <sup>H</sup> , H,<br>3xPN, E                                                                                                                 |                       |              |
| Appréciation du service PCIMA (7) (C6)<br>– <i>Efficacité du traitement (changement perçue de l'état de l'enfant)</i><br>– <i>Gratuité des soins</i>                                                                                                                                                                                             | 7xAcMA<br>S <sup>F</sup> ,<br>AcMAS <sup>H</sup> , 2xAR,<br>2xAT,<br>2xCC,<br>2x F,<br>2xH,<br>2xGT,<br>3xRC,<br>2xCODE<br>SA, OCB,<br>4xPS,<br>AR,<br>3xPN | HT, HD, TB,<br>KM, TS | ESD, HC, DDG |
| Bonne qualité du service PCIMA (5) (C6)<br>– <i>Bon accueil</i><br>– <i>Bonne communication entre PS et AMAS</i><br>– <i>Personnel CdS impliqué dans la sensibilisation et dépistage lors CPS II</i><br>– <i>Sensibilisation a UNTI/UNTA documentée</i><br>– <i>Disponibilité du matériel IEC</i><br>– <i>Bonne tenue de la documentation de</i> | 7xAcMA<br>S <sup>F</sup> ,<br>AcMAS <sup>H</sup> ,<br>2xAR,<br>AT,<br>2xCC,<br>2xF,<br>2xH,<br>2xGT,                                                        | HT, HD, TB,<br>KM, TS | ESD, HC, DDG |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                   |                                      |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| <i>suivi UNTI/UNTA</i><br>– <i>Temps d'attente &lt; 60min</i><br>– <i>Bon approvisionnement en ATPE</i><br>– <i>Bon système du référencement et contre-référencement</i><br>– <i>Taux de guérison élevé</i><br>– <i>Personnel soignant formé</i><br>– <i>Critères d'admission et de sortie respectés</i><br>– <i>Supervision de COOPI</i> | 3xRC,<br>2xCODE<br>SA, OCB,<br>4xPS,<br>AR,<br>2xPN                                               |                                      |              |
| Efficacité du réseau des relais communautaires (6) (7)<br>– <i>Disponibilité &amp; visibilité des RC actifs</i><br>– <i>Bon rapport entre les RC &amp; la communauté</i><br>– <i>Réalisation du dépistage et VAD</i><br>– <i>Disponibilité du matériel anthropométrique</i>                                                               | 5xAcMA<br>SF,<br>2xAR,<br>AT,<br>2xCC, E,<br>2xF, H,<br>3xGT,<br>4xRC,<br>CODESA<br>, 3xPS,<br>PN | HT, HD, TB,<br>RG, ND, SH,<br>TS, KM | DdG, ESD, HC |
| Partage d'information au niveau communautaire (5)(6)<br>– <i>Bénéficiaires du service PCIMA</i><br>– <i>Voisin(e)s</i>                                                                                                                                                                                                                    | 3xAcMA<br>SF, 2xF,<br>OCB,<br>2xRC,<br>PN                                                         | HT, HD, TS,<br>KM                    | DdG, HC      |
| Certaines connaissances sur la malnutrition (6) (5)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4xAcMA<br>SF,                                                                                     | HD, HT, HV,<br>TB, KM, TS,           | DdG, HC, ESD |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Connaissances des symptômes de la malnutrition</i></li> <li>– <i>Reconnaissance d'un lien entre la maladie et la mauvaise alimentation</i></li> <li>– <i>Reconnaissance d'un lien entre la maladie et la mauvaise alimentation</i></li> <li>– <i>Connaissance du service PCIMA</i></li> <li>– <i>Recours aux soins au CdS préféré</i></li> </ul> | AcMAS <sup>H</sup> , 3xAR, AT, 2xCC, 3x ES, H, 3xGT, 3xF, 4xRC, RCF, 2xOCB, 2xPS, PN | RG, SH |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|

**Ethnies:** HT : Hutu, HD : Hunde, HV : Havu, ND : Nande, RG : Rega, SH : Shi, TS : Tutsi, TB : Tembo, KM : Kumu,

**Sources :** AcMAS : Accompagnants des enfants MAS, E : Enseignant, RC : Relais communautaires, AR : Autorité religieuse, PS : Personnel soignant, CC : Chef coutumier, GT : Guérisseur traditionnel, OCB : Organisation communautaire de base, CODESA : Commuté de santé, MC : Membres de la communauté, F : Femmes de la communauté, H : Hommes de la communauté, PN : Personnel Nutrition

**Méthodes :** DdG : Discussion des groupes, ESD: Entretien semi-directif, HC: Histoire de cas, O: Observation

**ANNEXE 2 : EQUIPE D'EVALUATION**

| PRENOM     | NOM         | SEXE<br>(M/F) | POSTE       | ORGANISATION |
|------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| JOSAPHAT   | KAHAMBU     | M             | Superviseur | PRONANUT     |
| BAHATI     | NDOOLE      | M             | Enquêteur   | BCZ/Kirotche |
| BERNADETTE | LUKONGE     | F             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| JUSTIN     | MUKUMIRO    | M             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| MARCELLINE | NYANCHIRA   | F             | Superviseur | BCZ/Kiritche |
| GUILLAUME  | CHIZA       | M             | Enquêteur   | BCZ/Kiritche |
| CLOVIS     | FIKIRINI    | M             | Enquêteur   | ACF          |
| LOUISE     | NAFRANKA    | F             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| MATTHIEU   | BALEZI      | M             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| DIDIER     | BUTACHIBERA | M             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| MATATA     | MUXULYA     | M             | Superviseur | BCZ/Masisi   |
| KATEMBO    | BALEMAGHE   | M             | Enquêteur   | PRONANUT     |
| ROSINE     | BORA        | F             | Enquêteur   | BCZ/Kiritche |
| SYLVER     | KAKURU      | M             | Superviseur | COOPI        |
| JUSTINE    | NAMWANGU    | F             | Superviseur | COOPI        |

**ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME**

| <b>Jour</b> | <b>Date</b>          | <b>Activité</b>                                                                                   |
|-------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1           | 09 Février 2015      | Arrivée à Rubaya                                                                                  |
| 2 - 3       | 10 - 11 Février 2015 | Formation sur la méthodologie SQUEAC + Préparation des guides d'entretien                         |
| 4 - 6       | 12 - 14 Février 2015 | Réalisation de l'Etape I                                                                          |
| 7           | 15 Février 2015      | Restitution des résultats (Etape I) + Formulation des hypothèses                                  |
| 8           | 16 Février 2015      | Etape 2 : Vérification des hypothèses                                                             |
| 9 - 10      | 17 - 18 Février 2015 | Pondération de BBQ (2) + Histogramme + Probabilité a priori + Echantillonnage + Schéma conceptuel |
| 11 - 13     | 19 - 21 Février 2015 | Etape 3 : Enquête dans la zone étendue                                                            |
| 14          | 22 Février 2015      | Calcul de la probabilité a posteriori + Formulation des recommandations                           |
| 15          | 23 Février 2015      | Formulation des recommandations (suite) + Retour de l'équipe à Goma                               |

## ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES

## QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANTES DES CAS MAS NON COUVERTS

District sanitaire : \_\_\_\_\_

CS : \_\_\_\_\_

Village : \_\_\_\_\_

Ethnie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Equipe : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2015

**1. Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?**☐ Oui; de quelle maladie souffre votre enfant? \_\_\_\_\_ ☐ Non ! Q5**2. Est-ce que vous pensez que votre enfant est malnutri ?**☐ Oui ☐ Non! Q5**3. Est-ce que vous savez où on peut soigner les enfants malnutris ?**☐ Oui; quel est le nom de ce service/programme? \_\_\_\_\_ ☐ Non ! Q5**4. Pourquoi n'avez-vous pas amené votre enfant au CS pour bénéficier du traitement ?**☐ 1. Trop loin ; quelle distance à parcourir à pied ? \_\_\_\_\_ Combien d'heures ? \_\_\_\_\_☐ 2. L'accompagnante n'ai pas le temps / est trop occupé ; spécifier l'activité qui occupe l'accompagnant : \_\_\_\_\_☐ 4. L'accompagnante est malade ☐ 11. Le mari a refusé☐ 5. L'enfant a été rejeté auparavant ; quand ? \_\_\_\_\_ ☐ 12. L'enfant d'autres personnes a été rejeté☐ 6. L'accompagnante a honte d'atteindre le programme ☐ 13. Problèmes de sécurité☐ 7. L'accompagnante ne peut pas voyager avec plus d'un enfant☐ 14. Personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants☐ 8. La quantité de Plumpy'nut donnée est trop petite pour justifier le déplacement☐ 15. L'accompagnante ne croit pas que le programme peut aider l'enfant (elle préfère médecine traditionnelle, etc.)☐ 9. Je croyais que mon enfant serait admis à l'hôpital en premier☐ 10. Autre raisons : \_\_\_\_\_**5. Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié du traitement de la malnutrition ? A-t-il déjà été inscrit dans le programme de la prise en charge de la malnutrition au CSPS (PCA/PCI) ?**☐ Oui ; pourquoi n'est-il plus inscrit présentement dans le programme de prise en charge? "☐ Non ! **STOP**☐ 1. Abandon ; quand ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_☐ 2. Enfant déchargé guéri ; quand ? \_\_\_\_\_ ☐ 3. Enfant déchargé non guéri ; quand ? \_\_\_\_\_☐ 4. Autre raison : \_\_\_\_\_**Remercier le parent****Commentaires :**

## QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANTES DES CAS MAS COUVERTS & CAS EN VOIE DE GUÉRISON

District sanitaire : \_\_\_\_\_

CS : \_\_\_\_\_

Village : \_\_\_\_\_

Ethnie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Equipe : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2015

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

☐ Oui → Q5

☐ Non → Q2

2. Combien de fois votre enfant a-t-il bénéficié du traitement de la malnutrition (la PCIMA) ?

3. Demander pourquoi l'enfant est retourné :

A. L'enfant a abandonné et est retourné

B. L'enfant a été guéri et a rechuté

4. Quel est la raison pour A ou B en dessus ?

5. Avez-vous d'autres enfants pris en charge dans le programme PCIMA ?

☐ Oui ; ?

☐

Non

Combien d'enfants ? \_\_\_\_\_

6. Pourquoi vous avez décidé d'amener votre enfant au programme (CS) ?

Remercier le parent

Commentaires :

## ANNEXE 5 : MATRICE DES INFORMATEURS CLES

| <i>AdS</i> | <i>H</i> | <i>F</i> | <i>AcMAS<sup>H</sup></i> | <i>AcMAS<sup>F</sup></i> | <i>E</i> | <i>AT</i> | <i>GT</i> | <i>AR</i> | <i>CC</i> | <i>CBO</i> | <i>RC</i> | <i>CODESA</i> | <i>CdS</i> | <i>DS</i> | <i>ONG</i> |
|------------|----------|----------|--------------------------|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|---------------|------------|-----------|------------|
| Rubaya     |          |          |                          | 1 ESD                    |          |           |           |           |           |            |           |               | 1ESD       | 2 ESD     | 1 ESD      |
| Rubaya     |          | 1 DdG    |                          | 1GdD                     | 1 ESD    |           | 1 ESD     | 1 GdG     |           |            | 1 DdG     |               |            |           |            |
| Mumba      |          | 1 DdG    |                          | ESD                      |          |           |           |           |           | 1 ESD      | 1 DdG     |               | 1ESD       |           |            |
| Kibabi     | 1 DdG    | 1 DdG    | 1 ESD                    |                          |          |           | 1 ESD     |           | 1 ESD     |            |           | 1 ESD         | 1ESD       |           |            |
| Bweremana  | 1 DdG    |          | 1 ESD                    | ESD                      |          |           |           |           | 1 ESD     | 1 DdG      | 1 DdG     |               |            |           |            |
| Ngungu     | 1 DdG    | 1 DdG    |                          | 1 ESD                    | 1 ESD    | 1 GdD     |           | 1 ESD     |           |            |           | 1 GdD         | 1 ESD      |           |            |

## ANNEXE 6 : ENTRETIENS ET INFORMATEURS

| Informateur clé                         | No. entretiens | No. personnes interrogées |           | Ethnies                    |
|-----------------------------------------|----------------|---------------------------|-----------|----------------------------|
| Hommes                                  | 3              | 21                        |           | HD, HT,                    |
| Femmes                                  | 4              | 24                        |           | HD, HT, KM, HV, SH, ND, TS |
| Accompagnants MAS (F)                   | 6              | 14                        |           | HD, HT                     |
| Accompagnants MAS (H)                   | 2              | 2                         |           | HD, HT                     |
| Enseignant(e)s/Maitres communautaires   | 2              | 2                         |           | HT                         |
| Accoucheuses traditionnelles / Matrones | 1              | 5                         |           | HT                         |
| Guérisseurs traditionnels               | 2              | 2                         |           | HD, HT                     |
| Autorités religieuses                   | 2              | 2                         |           | HT                         |
| Chefs coutumiers                        | 2              | 2                         |           | HD, HT                     |
| OCB                                     | 2              | 2                         |           | HD, HT                     |
| Relais communautaires                   | 3              | 11                        |           | HD, HT, TS                 |
| CODESA                                  | 2              | 8                         |           | HT                         |
| Personnel de CdS                        | 4              | 4                         |           | HD, HT, TB                 |
| Equipe Cadre du DS                      | 1              | 1                         |           | -                          |
| ONG                                     | 1              | 1                         |           | -                          |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>37</b>      | <b>101</b>                |           |                            |
|                                         |                | F                         | H         |                            |
|                                         |                | <b>49</b>                 | <b>52</b> |                            |

# RÉFÉRENCES

1. Myatt M, Guevarra E, Fieschi L, Norris A, Guerrero S, Schofield L, et al. Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)/l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC) Washington D.C.: FHI360/Fanta; 2012.