



COVERAGE MONITORING NETWORK



Enquête de couverture de la PCIMA utilisant la méthodologie SLEAC (Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié)



**Programme de la Prise en Charge intégrée de la Malnutrition Aigüe
(CRENI et CRENAS) financé par ECHO**

Districts Sanitaires de Filingué et Ouallam

(Région de Tillabéry)

NIGER

Du 04 au 18 Novembre 2015

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS

REMERCIEMENTS

RESUME

1. CONTEXTE	8
2. OBJECTIFS	9
3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE ET OPÉRATIONS.....	10
3.1. ÉCHANTILLONNAGE.....	10
3.2. COLLECTE DE DONNEES SUR LE TERRAIN	11
3.3. SEUILS ET ESTIMATIONS DE LA COUVERTURE.....	12
4. RESULTATS.....	13
5. CONCLUSION ET DISCUSSIONS	25
6. RECOMMANDATIONS	27
7. PLAN D'ACTION	30
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE TYPE POUR LES CAS NON COUVERTS	39
ANNEXE8 : FORMULAIRE TYPE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Localisation de la zone d'intervention programme nutrition IRC 2014	Error! Bookmark not defined.
Figure 2 : Nombre d'enfants évalués par département	Error! Bookmark not defined.
Figure 3 : Périmètre Brachial des cas MAS (115) de la zone d'intervention Programme Nutrition IRC	Error! Bookmark not defined.
Figure 4 : Nombre d'enfants oedémateux par Département.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 5: Carte de l'estimation de la couverture	Error! Bookmark not defined.
Figure 6: Barrières globale au niveau zone d'intervention	Error! Bookmark not defined.
Figure 7: Graphe de raison non couverture enfant déjà admis dans le programme ...	Error! Bookmark not defined.
Figure 8: Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Filingué	Error! Bookmark not defined.
Figure 9: Barrières de couverture Filingué	Error! Bookmark not defined.
Figure 10: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme Filingué.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 11: Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Balayera	Error! Bookmark not defined.
Figure 12: Barrières couverture Balayera	Error! Bookmark not defined.
Figure 13: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme Balayera ...	Error! Bookmark not defined.
Figure 14: Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Abala .	Error! Bookmark not defined.
Figure 15: Barrières couverture Abala	Error! Bookmark not defined.
Figure 16: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme Abala	Error! Bookmark not defined.
Figure 17: Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Ouallam.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 18: Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Ouallam.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 19: Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme Ouallam ...	Error! Bookmark not defined.

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Prévalence de la malnutrition aigüe et chronique (globale et sévère) selon l'indice Taille-pour-Age (source : Rapport d'enquête nationale, Nutrition Niger, Mai/juin 2013) ..	Error! Bookmark not defined.
Tableau 2 : Données de l'échantillonnage	Error! Bookmark not defined.
Tableau 3 : Profil des cas de MAS enquêtés.....	Error! Bookmark not defined.
Tableau 4: Classification de la couverture par département (Couverture actuelle)	15

<i>Tableau 5: Estimation de la couverture actuelle globale et par District.....</i>	Error! Bookmark not defined.
<i>Tableau 6: Raisons invoquées par les accompagnants en CAS de non-participation au programme (niveau zone d'intervention)</i>	Error! Bookmark not defined.
<i>Tableau 7: Plan de Recommandations pour l'année 2015</i>	Error! Bookmark not defined.

ABREVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
COGES	Comité de Gestion de Santé
CMN	Coverage Monitoring Network
CRENAM	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour modérés
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive (hospitalisation)
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégrée
DN	Direction de la Nutrition
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
ECD	Equipe Cadre de District
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
IRC	International Rescue Committee
LQAS	Lot Quality Assurance Survey (contrôle par échantillonnage de la qualité des lots)
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Plan Annuel d'Activité
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCC	Prise en Charge Communautaire
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (Technique simplifiée de sondage par lots appliquée à l'assurance qualité pour évaluer l'accès et la couverture)
SMART	Standardized Methods for Assessments in Relief Transitions (programme normalisé de suivi et d'évaluation des secours après la crise)
SQUEAC	Semi Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture)
T /A	Taille/Age

REMERCIEMENTS

International Rescue Committee (IRC) tiennent à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette SLEAC dans les deux districts de Filingué et Ouallam : la Direction Régionale de la Santé Publique de Tillabéry, qui a autorisé la mise en œuvre de l'enquête et a montré un vif intérêt envers l'évaluation, les agents des districts sanitaires de Filingué et Ouallam en occurrence les membres de l'ECD, les chefs CSI et toutes les personnes rencontrées dans les communautés, agents de santé communautaires, relais communautaires, autorités locales, leaders religieux, femmes et hommes pour l'hospitalité, et la coopération.

Enfin, nous remercions tous les agents d'IRC qui ont participé à l'évaluation, les enquêteurs qui n'ont ménagé aucun effort depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre de cette enquête.

RESUME

Dans le but d'évaluer l'impact et l'efficacité du programme de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) mise en œuvre dans 67 centres de santé intégrés et 40 cases de santé des deux districts sanitaires de la région de Tillabéry à savoir Filingué et Ouallam, **International Rescue Committee (IRC)**, a organisé du 04 au 18 Novembre 2015 une évaluation de couverture utilisant la méthodologie SLEAC (L'Evaluation de l'Accessibilité de la Couverture à base de LQAS Simplifié).

L'objectif de cette évaluation est de fournir non seulement une classification et une estimation globale de la couverture du programme PCIMA pour les quatre départements des deux districts de Tillabéry, mais également des informations, limitées, sur les barrières à L'accessibilité.

La couverture actuelle global obtenue pour l'ensemble de la zone d'intervention est estimée à **28.46 (IC 95% : 21.9% - 34.4%)**.

Ainsi sur la base de la classification de l'enquête précédente :

- Couverture élevée : > 35%
- Couverture modérée : entre 20 et 35%
- Couverture faible : < 20%

La classification de la couverture des quatre départements (Abala, Baleyara, Filingué et Ouallam) est la suivante :

Départements	Classification de la couverture	
	Décembre 2014	Novembre 2015
Abala	Faible	Modérée
Baleyara	Modérée	Modérée
Filingué	Modérée	Modérée
Ouallam	Modérée	Modérée

Comparativement à la dernière évaluation SLEAC conduite du 01 au 17 décembre 2014 sur les quatre départements des deux districts sanitaires de la région de Tillabéry (Filingué et Ouallam) la couverture actuelle global pour l'ensemble de la zone d'intervention a passé de **29,9% (IC 95% : 24,1% - 35,7%)** à **28.46 (IC 95% :21.9% - 34.4%)**. cette situation s'explique en partie par : **(i)** la période de réalisation de cette enquête conduite pendant la période des travaux champêtres ou la majeure partie de la population n'ont pas accès aux centres de santé ; **(ii)** une bonne partie des cas non couverts (7%) sont dû au manque de PPN le jour de la visite des enquêteurs dans les ménages.

Cependant, l'on constate au niveau du département d'Abala le la couverture a passé du niveau faible à un niveau moyen.

Les problèmes identifiés lors de la présente évaluation sont principalement liés d'une part aux Contraintes sociales liées à la mère (la majorité des mères évoquaient le motif d'être trop occupées par les travaux champêtres ou d'autres activités; le partage de la ration avec les autres frères ou les voisins, etc.) ; d'autre part par un déficit dans l'offre de service de santé liés principalement au manque de suivi des enfants dans les CRENAM (beaucoup de cas MAS non couvert sont dans les CRENAM), à une insuffisance de dépistage de routine et de référence des cas MAS au niveau des CRENAS par les relais communautaires. Quelques cas de non-respect des critères de décharge (rechute, déchargé Guérie), rupture de stock d'intrants ont également été identifiés.

1. CONTEXTE

La République du Niger est l'un des pays africain ou la malnutrition constitue un problème majeur de santé publique. Le rapport de l'enquête Nationale sur la nutrition des enfants de 6 à 59 mois réalisée en Août 2005 par le gouvernement du Niger rapportait une prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) des enfants de moins de 5 ans selon l'indice poids pour taille à 15.0% plaçant ainsi le Niger dans une situation dite d'urgence selon le seuil fixé par l'OMS.

Quant au taux de la malnutrition aigüe sévère (MAS), il est estimé à 4.5% plongeant ainsi le pays dans une situation d'urgence. Ce taux est largement au-dessus des taux de 2.7% et 2.6% enregistrés respectivement en 2014 et 2013.

Pour contribuer, à la réduction de la mortalité infanto juvénile et à la prévalence de la malnutrition aiguë sévère au Niger, IRC a mis en place depuis 2013 un programme de PCIMA.

La zone d'intervention du Programme Nutrition IRC/Niger comprend le District Sanitaire de Filingué et de Ouallam, situés tous les deux dans la Région de Tillabéry. La zone compte deux (2) hôpitaux de district (dont un (1) dans chaque district sanitaire) et 67 centres de santé intégrée ou CSI (dont 27 à Ouallam et 40 à Filingué).

Au niveau du district sanitaire de Filingué, on compte un (1) « Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive » (CRENI) et 80 « Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Sévères » (CRENAS). Ces CRENAS sont repartis sur les 40 CSI et 40 Cases de santés du District.

Au niveau de Ouallam, on compte un (1) Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI) et vingt-sept (27) « Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Sévères » (CRENAS). La superficie totale de la zone étudiée est d'environ 48 310 Km² dont 26 217 km² et 22 093 km² respectivement aux DS Filingué et DS Ouallam.

Sur le plan climatique, la zone d'intervention est toujours soumise à une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et dans l'espace. Elle est caractérisée par un climat tropical sec à cheval entre la Zone Sahélo Saharienne et Zone Saharienne. Sur le plan hydrographique la zone n'est traversée par aucun cours d'eau permanent. **La figure1** donne une illustration de la zone d'intervention.

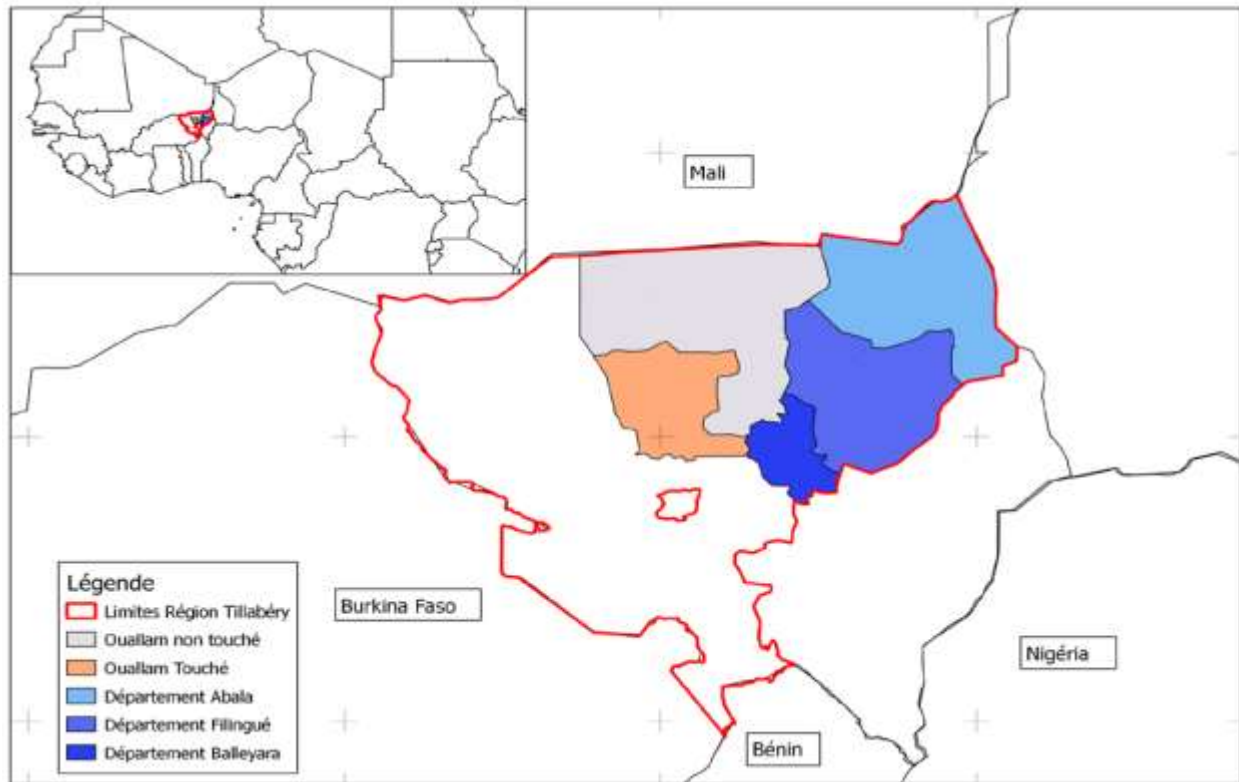


Figure 1: Localisation de la zone d'intervention programme nutrition IRC 2014 - 2015

C'est dans ce contexte, sanctionné également par les travaux champêtres qu'IRC a décidé de conduire cette évaluation qui coïncide avec la fin du projet de PCIMA 2015, 11 mois après la mise en œuvre du plan d'action issue de l'enquête de couverture réalisée en décembre 2014 selon la même méthodologie SLEAC.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette enquête est de fournir une classification de la couverture dans la zone d'intervention, d'estimer la couverture globale de la zone d'intervention et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service.

En terme spécifique, il s'agit de :

- Former le personnel d'IRC et des districts sanitaires de Filingué et de Ouallam sur la méthodologie SLEAC;
- Classifier la couverture et élaborer une cartographie de couverture des deux districts sanitaires de Filingué et d'Ouallam

- Identifier les barrières à l'accessibilité au service qui influencent la couverture trouvée
- Formuler des recommandations, sur la base des résultats de l'enquête dans le souci d'améliorer la couverture du programme PCIMA au niveau des deux districts sanitaire;

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE ET OPÉRATIONS

Tout comme lors de la précédente enquête de couverture basée sur la méthodologie SLEAC réalisée en décembre 2014, la présente enquête a été menée également dans les quatre (4) Départements couvrant les deux Districts sanitaires (dont un département pour le DS de Ouallam et trois Département pour le DS de Filingué). Pour Filingué toutes les aires de santé sont touchées par l'enquête. Par contre à Ouallam douze (12) CSI sur les vingt-sept (27) ont été exclues car les conditions sécuritaires ne permettaient pas de réaliser la collecte des données.

3.1. ÉCHANTILLONNAGE

Le plan d'échantillonnage a été réalisé en deux étapes en suivant les recommandations pour une SLEAC.

Première étape de l'échantillonnage : (choix des villages à enquêter)

- ✓ Détermination du nombre de villages à enquêter en utilisant la taille de l'échantillon attendu.
- ✓ Choix des villages en utilisant l'échantillonnage géographique systématique centré (ou la méthode par quadra)

Une taille d'échantillon (n) de quarante (40) enfants MAS est généralement utilisée dans les enquêtes SLEAC, ce nombre est suffisant pour établir la classification de la couverture.

Pour déterminer le nombre minimal de villages à enquêter, la méthode SLEAC utilise la *taille d'échantillon cible* (n), en utilisant la formule ci-dessous :

$$n_{\text{villages}} = \frac{\text{taille d'échantillon requis } (n)}{\text{population moyenne village (tous âges)} * \frac{\text{population 6 - 59 mois}}{100} * \frac{\text{Prévalence MAS}}{100}}$$

Pour cette enquête, une liste contenant tous les villages/hameaux des quatre départements a été obtenue auprès de deux Districts (DS Filingué et DS Ouallam). Cette liste a été utilisée comme « référence » afin de déterminer les villages à visiter. Le résultat est résumé dans le tableau 2. Le calcul de la prévalence moyenne basse est donné par la formule suivante :

$$\frac{\text{Prevalence moyenne en milieu rural} + \text{la prevalence de la borne inferieur en milieu rural}}{2}$$

Avec La prévalence MAS =2.8 Et la prévalence borne inférieure =2,0

Tableau 1 : Données de l'échantillonnage

Départements	Population Moyenne/Village	Prévalence moyenne basse	proportion 6-59 mois	Nbre total villages sélectionnées	Nbre total villages visités
Filingué	717	2,4	20%	12	50
Baleyara	1006	2,4	20%	9	50
Abala	758	2,4	20%	11	50
Ouallam	336	2,4	20%	25	60

Pour obtenir une estimation de la couverture par district et en tenant compte de la période (post soudure) et des moyens disponibles, le nombre des villages a été revu à la hausse dans le but d'obtenir une taille d'échantillon plus élevée. Ainsi pour les trois (3) Départements de Filingué le nombre de villages a été augmenté pour atteindre le nombre de cinquante (50) et pour Ouallam soixante (60) villages ont été sélectionnés.

Les villages ont ensuite été choisis selon la méthode d'échantillonnage spatialement stratifié (utilisation pas de sondage)

Deuxième étape de l'échantillonnage : (recherche des cas dans la communauté)

Pour la recherche des cas MAS dans les villages sélectionnés, la méthode dite « active » et « adaptative » a été utilisée par les enquêteurs. La présence des enfants dans le programme d'alimentation a été vérifiée en demandant au personnel accompagnant de présenter des sachets d'ATPE. Les expressions utilisées pour ces travaux sont résumées dans le tableau de **l'annexe 2**

3.2. COLLECTE DE DONNEES SUR LE TERRAIN

L'enquête a déployé dix(10) équipes d'enquêteurs de deux(2) personnes pour chacune équipe, comme lors de la précédente enquête. Ils ont travaillé en tant que collecteurs de données et les superviseurs d'IRC ont été placés dans chaque équipe afin de veiller à la bonne tenue du protocole de l'enquête. Le coordonnateur Nutrition et les deux coordonnateurs adjoints Nutrition de Filingué et Ouallam ont géré et garanti le bon fonctionnement de l'ensemble des activités.

Bien que la majeure partie des enquêteurs ait tous participé à la première enquête SLEAC de décembre 2014, une formation sur deux jours a été programmée. Des séances d'apprentissage théoriques et pratiques, telles que des tests de standardisation pour le PB ont été organisées.

3.3. SEUILS ET ESTIMATIONS DE LA COUVERTURE

Les mêmes seuils de couverture que ceux de l'enquête de décembre ont été définis:

Couverture faible : En dessous de 20 %

Couverture moyenne : Entre 20 % et 35 %

Couverture élevée : Au-dessus de 35 %

Les bornes inférieures et supérieures ont été fixées pour permettre de classer et de différencier les différents départements qui composent la zone d'intervention.

Ces seuils ont été utilisés en utilisant la méthodologie LQAS et la formule ci-dessous

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

n est la taille de l'échantillon obtenu lors de l'enquête, **P** est le seuil de couverture

4. RESULTATS

4.1. RESULTATS GENERAUX

Un total de 621 (Tableau 2) enfants ont été évalués durant l'enquête, dont 266 présentant un PB inférieur à 115 ou des œdèmes.

Parmi ces 266 cas MAS; 75 recevaient du plumpy nut au moment où se déroulait l'enquête. La figure 2 donne la représentation graphique de périmètre brachial des tous les cas MAS évalués pendant l'enquête et le tableau 2 traduit le profil de ces cas MAS évalués. La figure 4 quant à elle donne une représentation graphique du nombre d'enfants œdémateux par Département.

Tableau 2 : Nombre d'enfants évalués par département

Departements	Total d'Enfants évalués	Nbre Cas MAS trouvés	Cas MAS couverts	Cas MAS non couverts	En voie de guérison	Autres
Filingué	194	64	17	47	13	117
Baleyara	207	94	24	70	14	99
Abala	102	65	20	45	22	15
Ouallam	118	44	15	29	21	53
Total	621	267	76	191	70	284

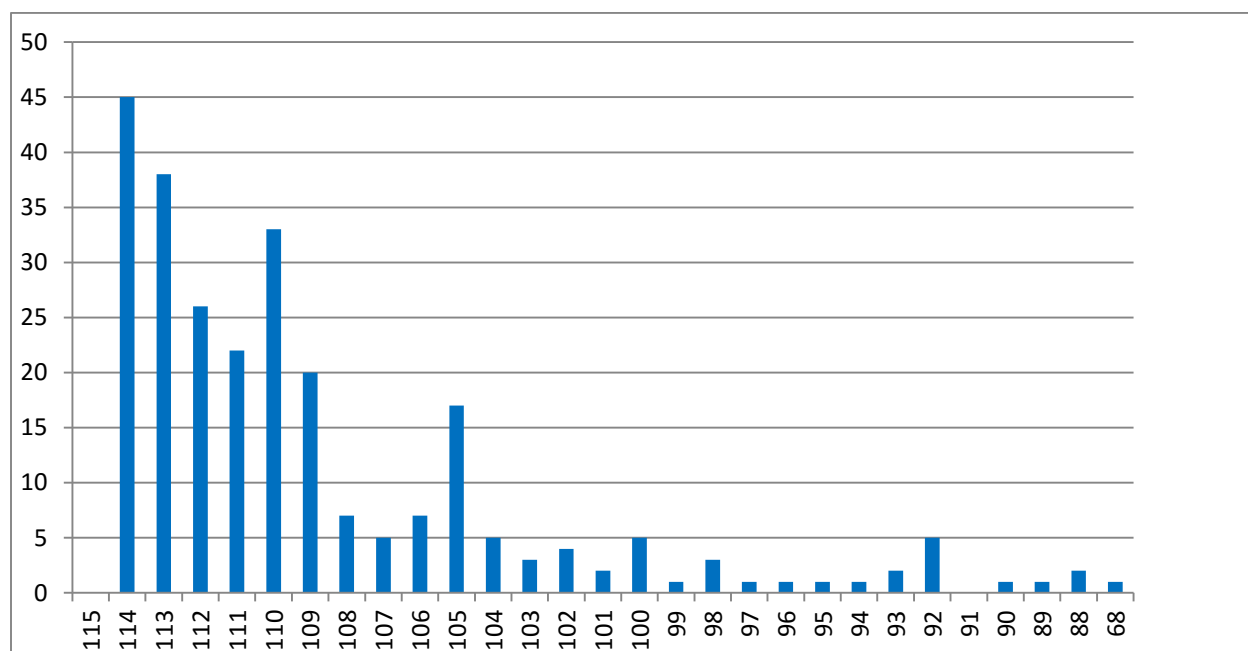


Figure 2 : Périmètre Brachial des cas MAS (115) de la zone d'intervention Programme Nutrition

Tableau 4 : Profil des cas de MAS enquêtés

Départements	PB médian
Abala	110
Baleyara	111
Filingué	111
Ouallam	110

Les PB médian des quatre départements sont très bas cela montre que le dépistage communautaire n'est pas très actif. Si l'on s'en tient qu'au résultat du tableau, le changement n'est pas perceptible par rapport à la situation de l'année passée; cependant, il faut préciser que la présente enquête a été réalisée dans une période où la population de manière générale est préoccupée par les travaux champêtres, donc le réseau des relais communautaires est moins actif, les mères sont plus négligentes s'agissant des soins apportés à l'enfant.

Pour pallier à cette insuffisance, une stratégie de dépistage communautaire appelée « Mère MUAC » a été pilotée dans 4 villages (2 à Filingué et 2 à Ouallam) l'année passée. Une évaluation sommaire de cette stratégie consiste à initier et à doter de MUAC, chaque mère d'enfant de moins de 5 ans dans le dépistage actif a donné des résultats satisfaisants. C'est pourquoi, en réponse aux limites constatées sur la stratégie des relais communautaires, cette stratégie sera mise à échelle au niveau des autres villages des deux districts sanitaires (Filingué et Ouallam).

Départements	Œdèmes
Abala	0
Baleyara	6
Filingué	0
Ouallam	1

Les données collectées durant cette évaluation nutritionnelle montre qu'il y a eu très peu de cas d'œdème trouvés : 6 à Baleyara, 1 à Ouallam et aucun pour Filingué et Abala, 7 cas d'œdèmes sur 267 MAS identifiés soit 2.62 % du total MAS.

4.2. RESULTATS PAR DEPARTEMENT : COUVERTURE

La formule ci-après a été utilisée pour le calcul de la couverture actuelle. En effet, la couverture actuelle utilise uniquement les données des cas sont encore malnutris sévères

$$\text{Couverture actuelle} = \frac{\text{Nombre de cas couverts}}{\text{Nombre de cas actuels}}$$

L'estimation de la **couverture actuelle** fournit un cliché de la performance du programme et insiste fortement sur la couverture et l'opportunité de la recherche de « cas ». Elle met donc un accent sur le dépistage précoce compte tenu du risque de mortalité que les enfants encourent s'ils ne sont pas identifiés à temps.

Tableau 5: Classification de la couverture par département (Couverture actuelle)

Départements	Cas MAS trouvés	Cas MAS couverts	Seuil de décision inférieur	c>d1?	Seuil de décision inférieur	c >d2?	Classification de la couverture
	n	C	$d1 = \left\lfloor n \frac{P1}{100} \right\rfloor$		$d2 = \left\lfloor n \frac{P2}{100} \right\rfloor$		
Filingué	64	17	16	Oui	32	non	Modéré
Baleyara	94	24	23	Oui	47	non	Modéré
Abala	65	20	16	Oui	32	non	Modéré
Ouallam	44	15	6	Oui	17	non	Modéré

L'estimation de la couverture est possible pour les échantillons dont la taille est d'au moins 96. Elle peut donc être calculée pour le District de Filingué et pour la zone d'intervention d'IRC. Pour le cas d'Ouallam la taille de l'échantillon recommandée n'a pas été atteinte malgré le rehaussement du nombre de village visité. Les raisons probables pour lesquelles la taille de l'échantillon n'est pas atteinte sont les mêmes que celles de l'enquête précédente.

En effet, pour des raisons d'insécurité, presque trois communes sur le cinq que compte le district étaient exclues de l'enquête : 12 CSI. Ces communes exclues représentent des foyers de malnutrition non négligeable dans la zone

Tableau 6: Estimation de la couverture actuelle globale et par District

District	Cas MAS trouvés	Cas MAS couverts	Couverture	Commentaire
District Filingué	223	61	27, 35% (IC 95% : 30 5% - 24 1%)	
District Ouallam	44	15		Taille d'échantillon recommandé n'a pas été atteinte
Total Zone	267	76	28,46% (IC 95% : 21 9% - 34 4%)	

4.3. BARRIERES GLOBALES : NIVEAU ZONE D'INTERVENTION

Les parents des enfants malnutris sévères qui n'étaient pas inscrits dans un CRENAS ou ne présentant pas de Plumpy Nut au passage de l'équipe d'enquêteurs, ont été interrogés, pour connaître les raisons de leur non-participation au programme de PCIMA. Un total de 192 accompagnants a été interrogé.

La figure 3 nous montre en détail les principales causes du non accès au traitement.

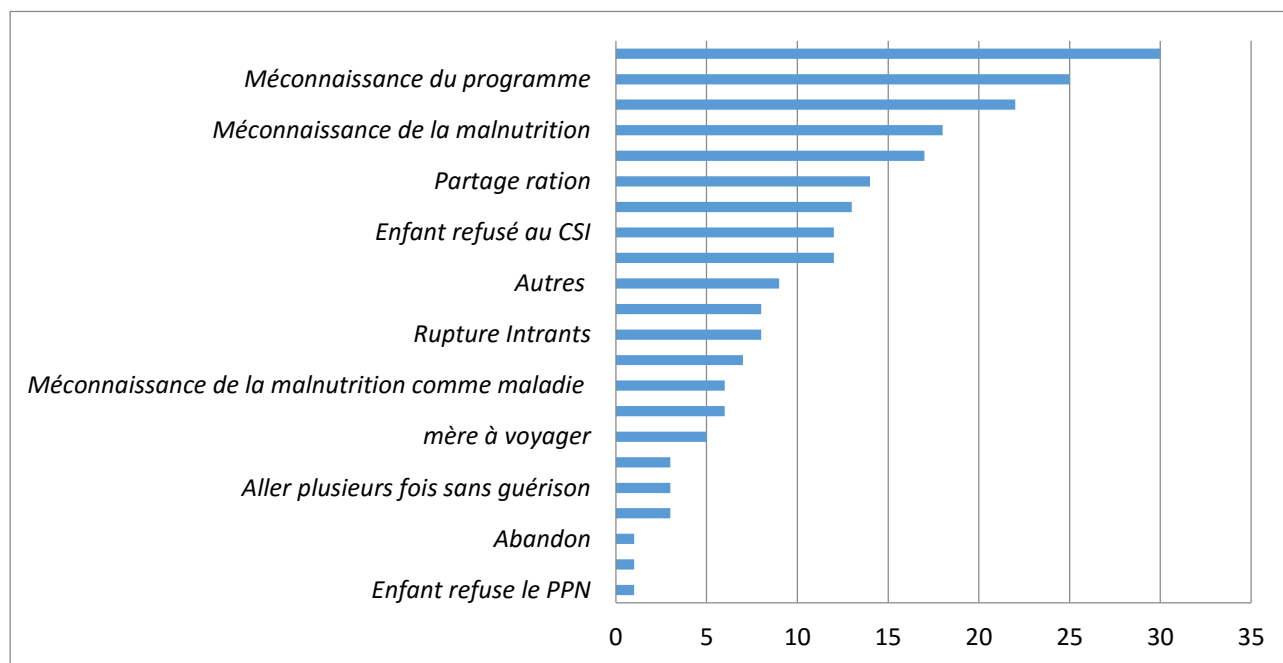


Figure 3 : Barrières globales au niveau zone d'intervention

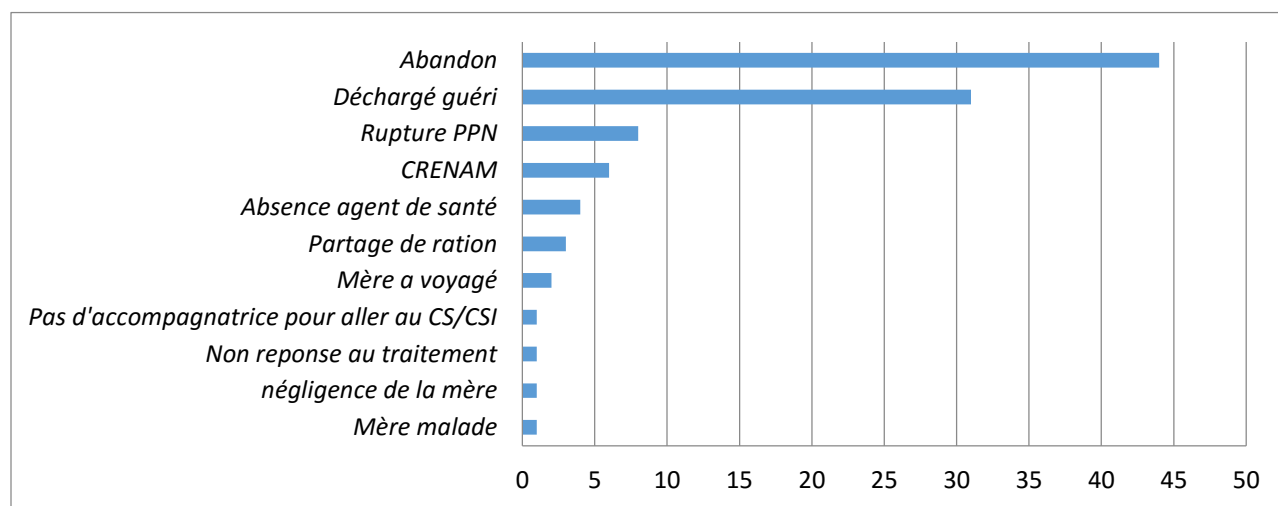


Figure 4 : Graphe de raison non couverture enfant déjà admis dans le programme

L'analyse des raisons évoquées par les parents des enfants non couverts par le programme de PCIMA lors des différents entretiens, fait ressortir quatre principales barrières notamment : (i)

les problèmes liés à l'offre de service de santé (163), (ii) les contraintes sociales liées à la mère (97), (iii) les problèmes liés à la sensibilisation (49) et (iv) les problèmes liés à l'accessibilité (17). Parmi les problèmes liés à l'offre de service de santé, divers facteurs étaient liés à l'organisation et à la qualité surtout des programmes CRENAM appuyés par des ONG locales, mais aussi des programmes CRENAS : ces facteurs représentaient (163) des réponses fournies et semblent déterminer, directement ou indirectement, la participation des bénéficiaires au programme de PCIMAS. Il s'agit notamment des facteurs suivants : le non-respect des critères d'admission et/ou des critères de sortie (22) MAS étaient au CRENAM, (31) décharge guéri, (12) cas de refus d'admission au centre de santé, (44) cas d'abandon, la longue durée de séjour (aller plusieurs fois sans guérison), (7) cas d'absence des agents de santé, (16) réponses de rupture de stock d'ATPE, l'insuffisance dans le dépistage actif et la référence ; (13) cas pour des questions de dépistage et de référence au centre de santé.

L'insuffisance dans la qualité du suivi et du respect des critères d'admission des enfants MAM, du dépistage et référence revient en premier.

Les contraintes sociales liées à la mère, font également parties des principales barrières identifiées lors de cette évaluation SLEAC. La majorité des mères questionnées (97) évoquent des motifs d'ordres sociaux.

(30) mères ont affirmé être trop occupées par les travaux champêtres, (17) ne disposaient d'aucun sachets de PPN, parce qu'elles ont dû partager avec les autres frères ; (14) par négligence, (13) parce que la mère était malade ; (6) parce que la mère a voyagé et les autres pour des questions d'insécurité ou les parents ne disposent pas d'assez de ressources financières pour effectuer le déplacement.

Cette situation démontre le peu d'intérêt que les mères accordent à la gravité et aux conséquences de la malnutrition sur la santé de l'enfant.

S'agissant ***des contraintes liées à la sensibilisation,*** c'est-à-dire les informations transmises au niveau des centres de santé, (49) accompagnantes ne savaient pas que leur enfant était malade, souffrait de malnutrition et ignoraient l'existence du programme du CRENAS pour une prise en charge de leur enfant.

Toutefois même si beaucoup de mères n'ont pas parlé **de la distance** comme barrière principale de la couverture (17) réponses, celle-ci demeure un obstacle majeur pour les bénéficiaires pour accéder aux programmes.

En effet, la plupart de ces barrières ont été identifiées à l'occasion de l'enquête SLEAC de 2014. Plusieurs actions qui puissent nous permettre de lever ces barrières ont été mise en œuvre à titre pilote dans quelques localités des deux districts sanitaire de Filingué et Ouallam : « stratégie mère MUAC »¹, « Autodiagnostic communautaires (ADC) »² ...etc. un début de changement de comportement ont été constaté en ce qui concerne la problématique de la malnutrition, mais force est de constater que jusqu'ici certaines barrières persistent.

Ainsi, au regard des résultats très porteurs constatés ; IRC projette de mettre à l'échelle ces activités dans tous les villages administratifs des deux districts sanitaires.

4.4. BARRIERES : RESULTATS PAR DEPARTEMENT

Les résultats des barrières de l'accès au traitement sont présentés par département dans les paragraphes suivants :

4.4.1. DEPARTEMENT DE FILINGUE

Les résultats de l'enquête (**figure 6**) pour le département de Filingué montrent que, sur les dix (10) barrières identifiées; le partage de la ration avec les autres membres de la communauté, l'insuffisance dans le dépistage actif et la référence des enfants MAS, la priorisation d'autres activités par rapport à la situation nutritionnelles des enfants constituent les principales barrières à l'accès au traitement

Les résultats ont également soulignés les raisons qui justifient la « non couverture » (**figure 7**) des enfants déjà dans le programme. Elles restent essentiellement «les abandons », « les déchargés guéris » et les enfants en traitements au CRENAM.

Le nombre d'abandon élevé constaté est lié à la période des travaux champêtres qui fait que très souvent la population se déplace dans les champs abandonnant ainsi les centres de santé jusqu'à la fin des récoltes.

¹ Mère MUAC : stratégie qui consiste à initier toutes les mères d'enfants de 6 à 59 mois sur le dépistage actif par le MUAC. Cette stratégie a été pilotée dans 4 villages des districts sanitaires de Filingué (Chical et Sandiré) et Ouallam (Tondikuindi et Sargane).

² ADC ; Assemblée villageoise au cours de laquelle la communauté identifie elle-même ses propres difficultés, identifie les solutions et élabore un plan d'action.

Les principales maladies déclarées (**figure 5**) par les mères pour les MAS sont la diarrhée (7%), la fièvre (22%), le vomissement (10%) et IRA (7%), Malnutrition (30%) maux de ventre (13%) et paludisme (3%)

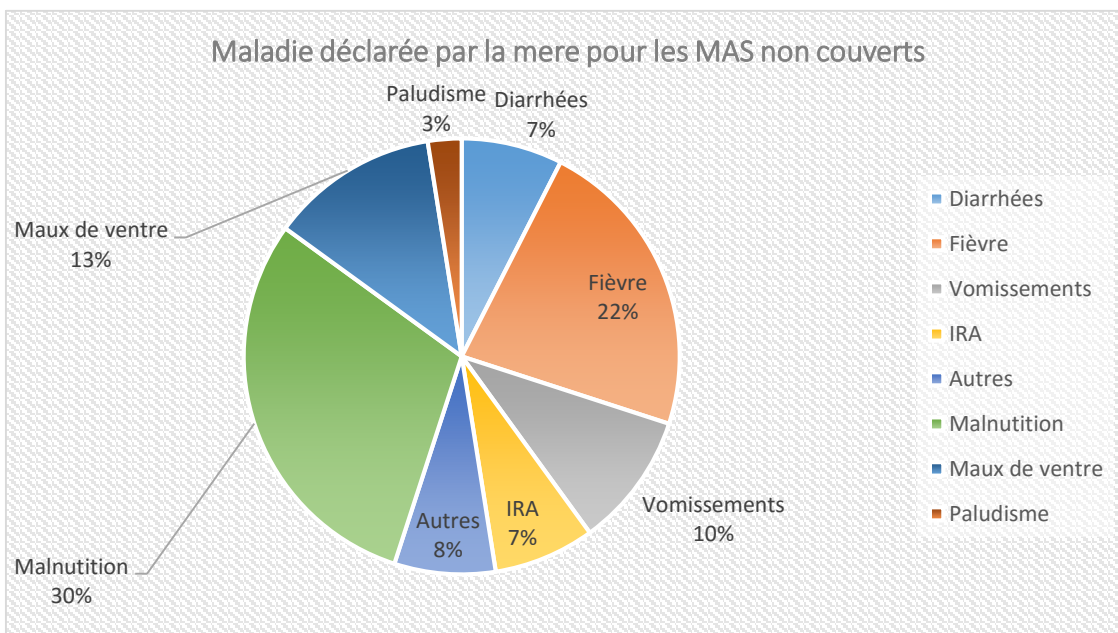


Figure 5 : Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Filingué

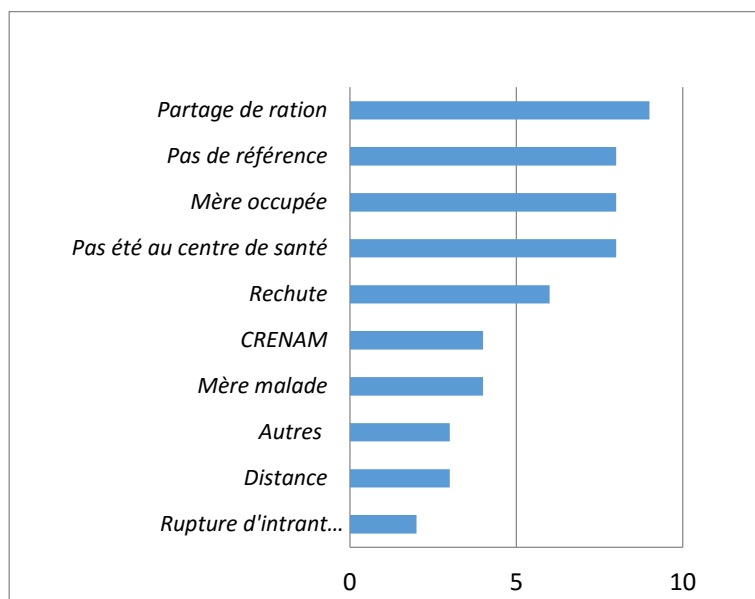


Figure 6 : Barrières à la couverture

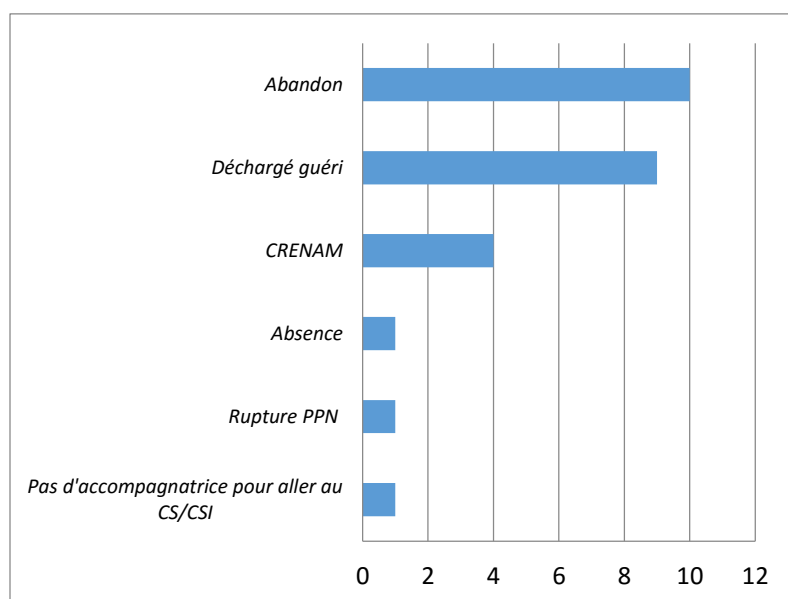


Figure 7 : Raisons de non couverture pour les enfants déjà dans le

Programme Filingué

4.4.2. DEPARTEMENT DE BALLEYARA

Par contre au niveau du département de Baleyara, sur les 15 barrières identifiées, **(figure 9)** la première est relative au nombre important d'enfant en traitement dans les CRENAM. Ensuite vient l'occupation des mères par les travaux champêtres ou la négligence, la distance entre le village et le CRENAS et les ruptures d'intrants (Plumpy nut pour les sévères, plumpy sup pour les modérés).

Quant aux raisons de non couverture **(Figure 10)** des enfants qui ont déjà séjournés dans le programme; les principales sont toujours les abandons et les déchargés guéris tout comme à Filingué

Les principales maladies déclarées **(figure 8)** par les mères sont : la diarrhée (17%), la fièvre (33%), I (14%), le paludisme (6%) et IRA (21%). Amaigrissement (8%)

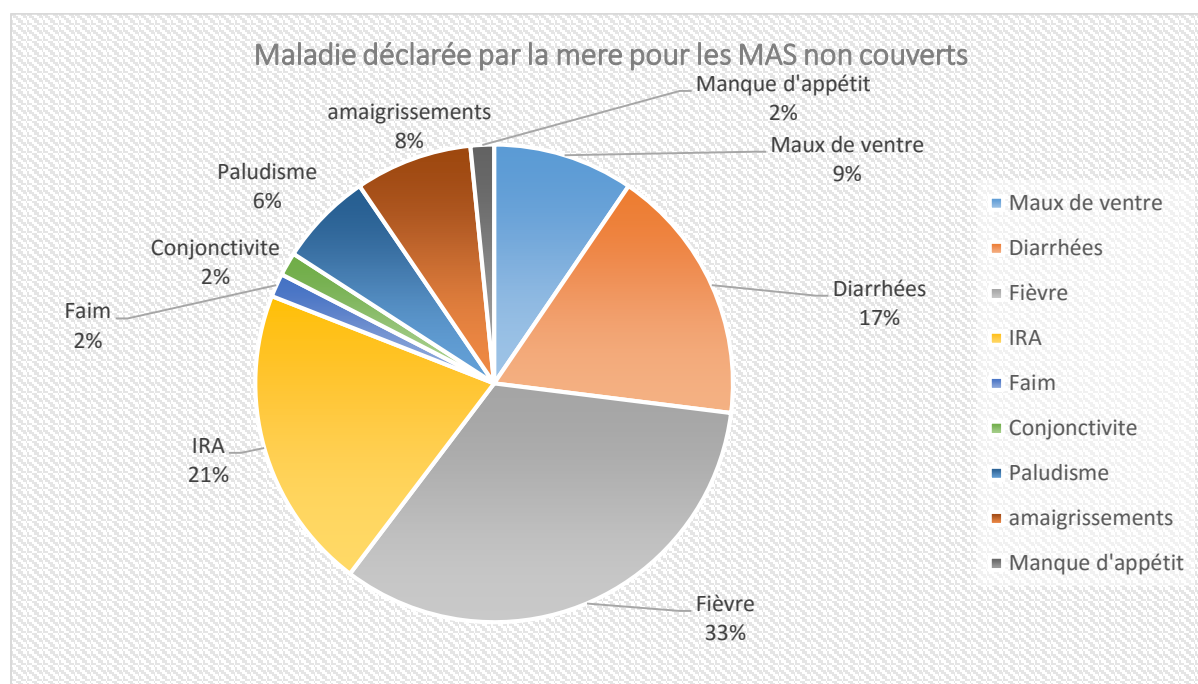


Figure 8 : Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Baleyarda

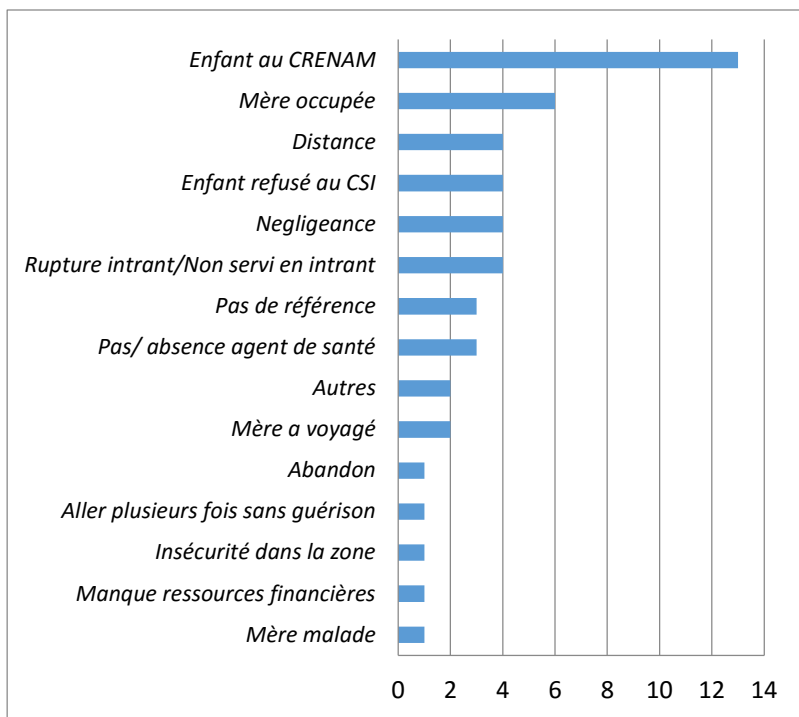


Figure 9 : Barrières à la couverture

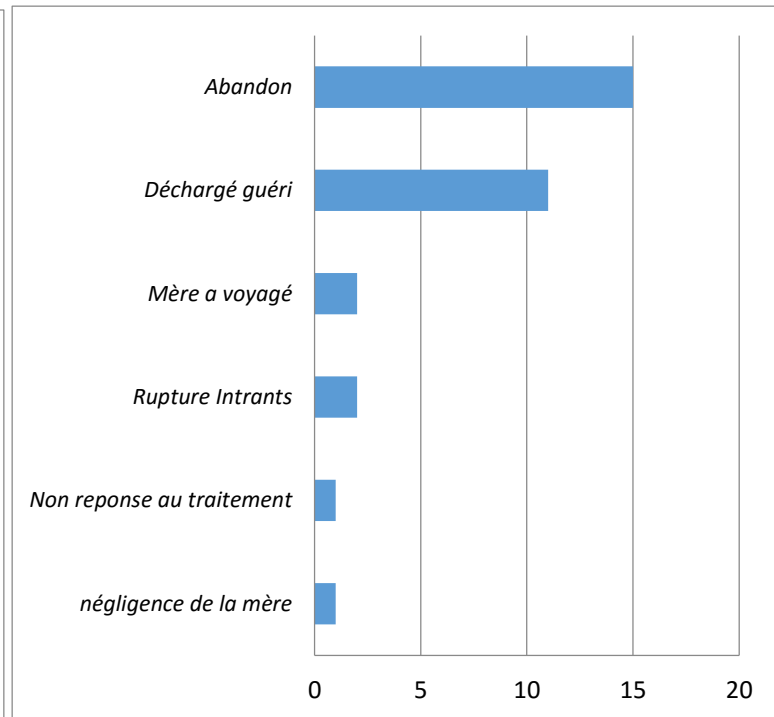


Figure 10 : Raisons de non couverture des enfants dans le programme Baleyarda

4.4.3. DEPARTEMENT DE ABALA

Dans le département d'Abala sur 13 barrières identifiées, (**figure 12**), les principales qui semblent déterminer, directement ou indirectement, la participation au programme sont l'occupation des mères par les travaux champêtres, la distance du village au CRENAS, le rejet du CSI, le voyage des mères, la maladie de la mère, la rupture de plumpy nut, la trop longue durée de séjour (aller plusieurs fois sans guérison), pas de ressources financières.

Quant aux motifs de non couverture (**figure 13**) de l'enfant déjà admis dans le programme, les principales raisons sont : l'abandon, déchargé guéri du programme, la rupture de PPN, l'absentéisme des agents de santé et le partage de rations Ces quatre difficultés sont souvent liées à la qualité de la prise en charge et du suivi des enfants dans les structures de santé

S'agissant des Maladies déclarées (**figure 11**) par la mère pour les MAS non couverts sont la diarrhée (20%), fièvre (39%), le vomissement (2%), IRA (30%) et les maux de ventre (7%). et autres (2%)

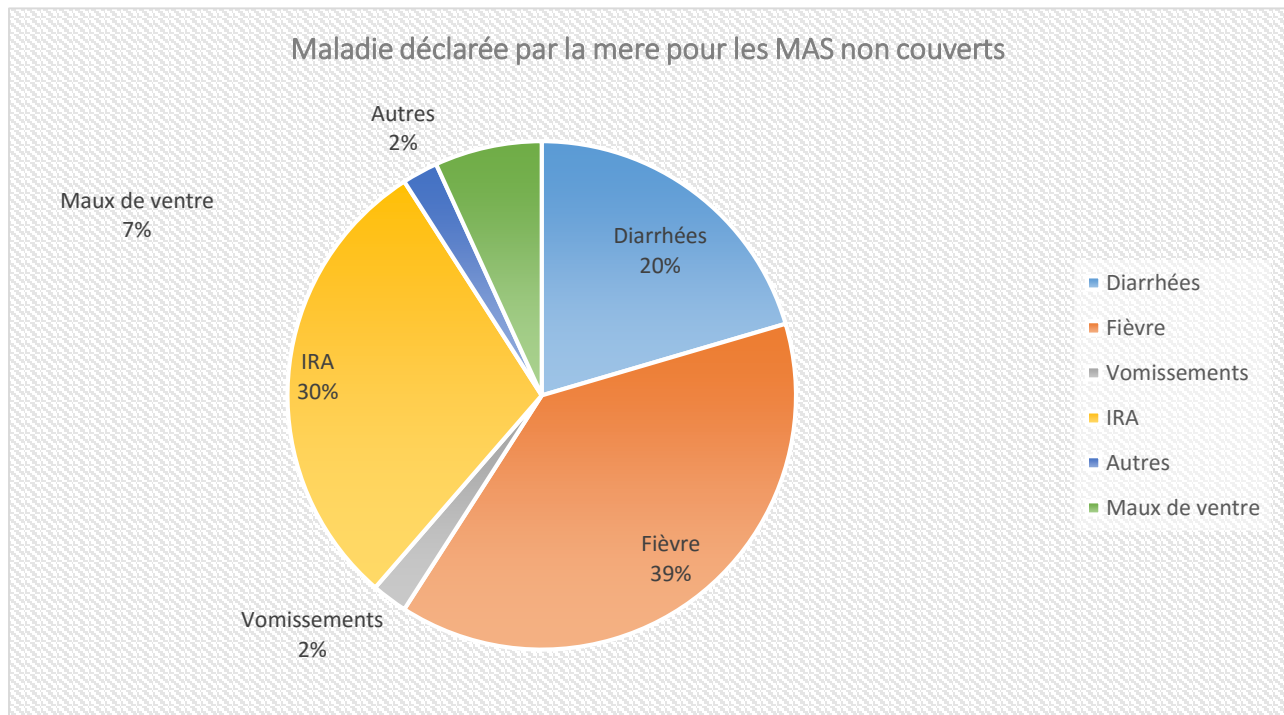


Figure 11 : Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Baleyarda

Figure 12: Barrières à la couverture

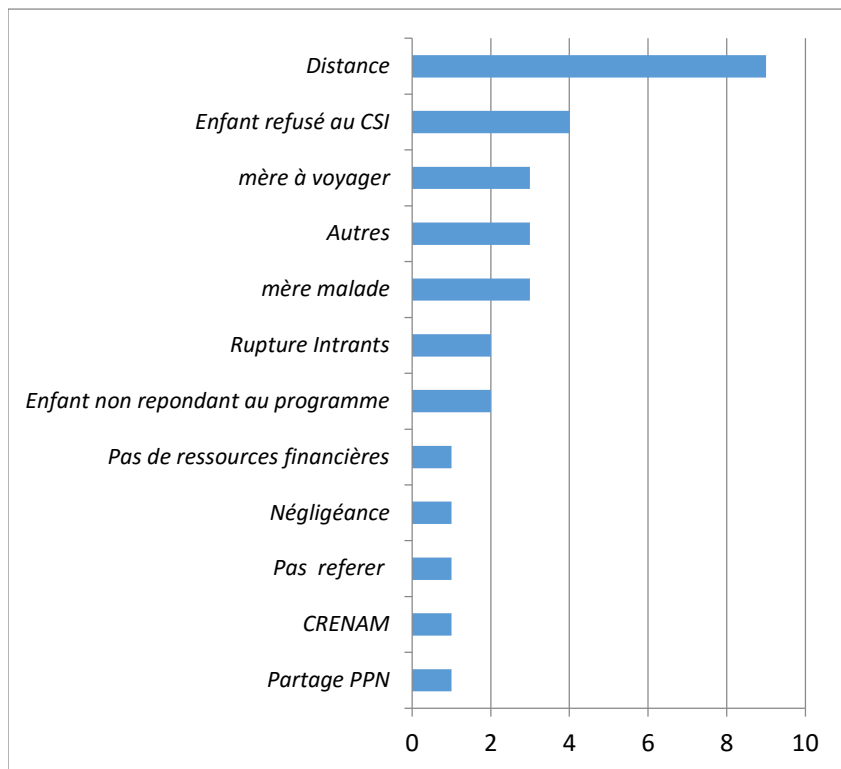
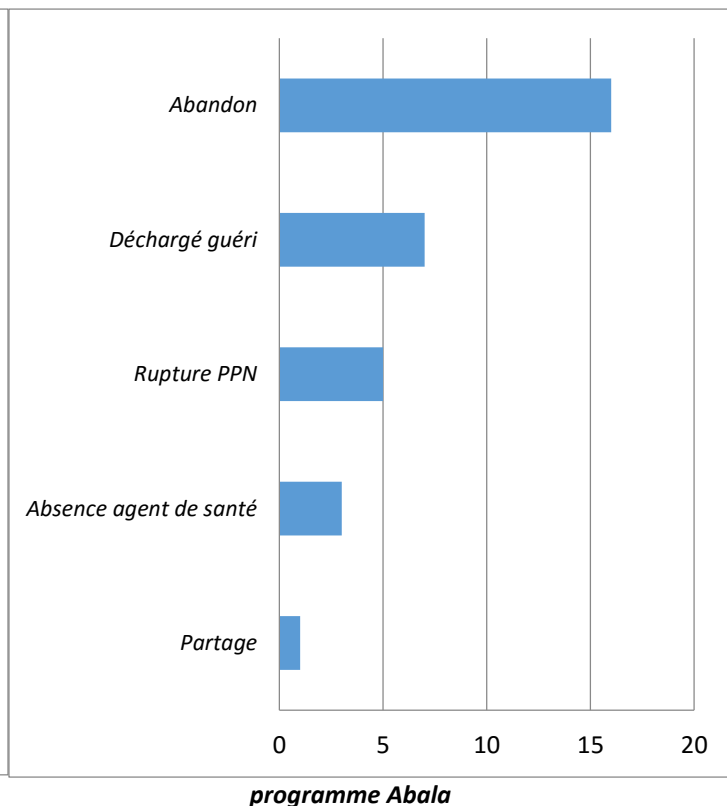


Figure 13 : Raisons de non couverture des enfants dans le



4.4.4. DEPARTEMENT DE OUALLAM

Au niveau de ce département de Ouallam les barrières qui semblent déterminer, les contraintes à l'accessibilité, au programme de PECIMAS sur les 11 (**figure 15**) qui ont été identifiées sont le fait que les enfants sont dans le programme CRENAM, ensuite, l'enfant n'est pas accepté dans le centre de santé, puis le partage de la ration par les mères, la mère qui est malade, etc.

Les raisons de non couverture (**figure16**) de l'enfant déjà admis dans le programme sont : le déchargé guéri, le CRENAM, les abandons et le partage de la ration.

Les principales maladies déclarées (**figure 14**) par la mère pour les MAS non couverts sont la diarrhée (11%), fièvre (46%), IRA (4%), la malnutrition (23%), les maux de ventre (4%) les œdèmes (4%)

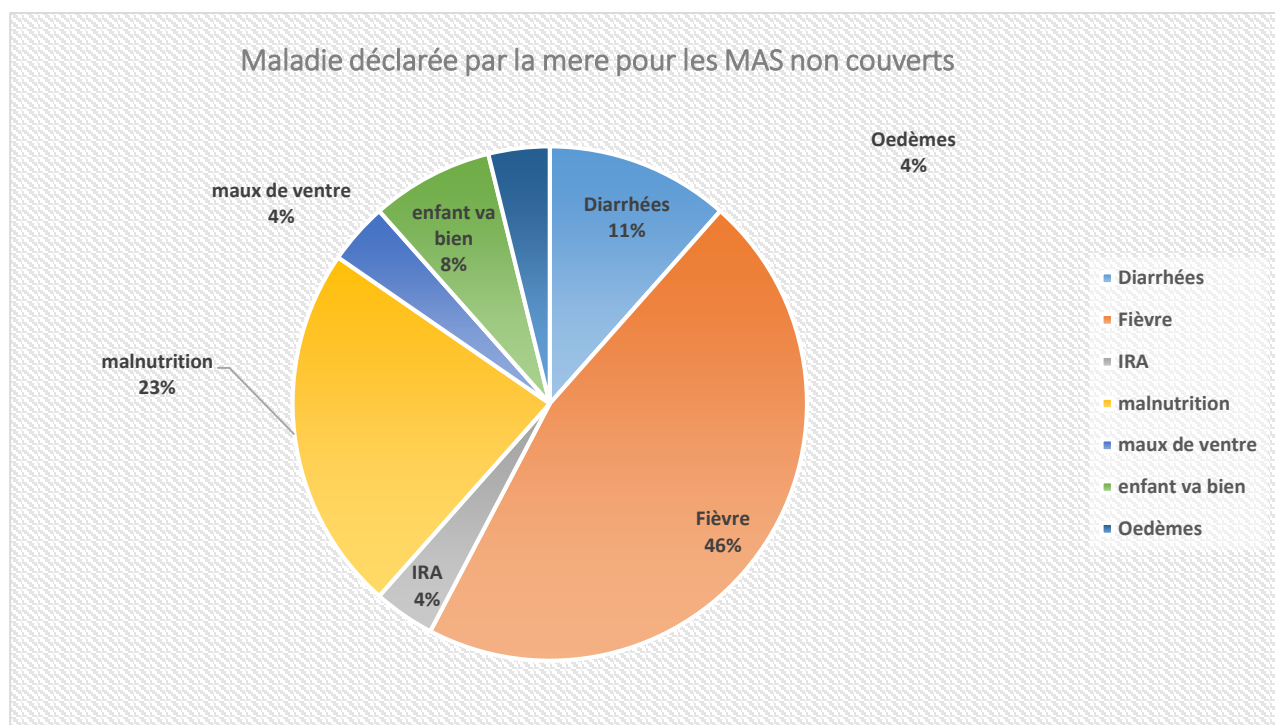


Figure 14 : Maladie déclarée par la mère pour les MAS non couverts Ouallam

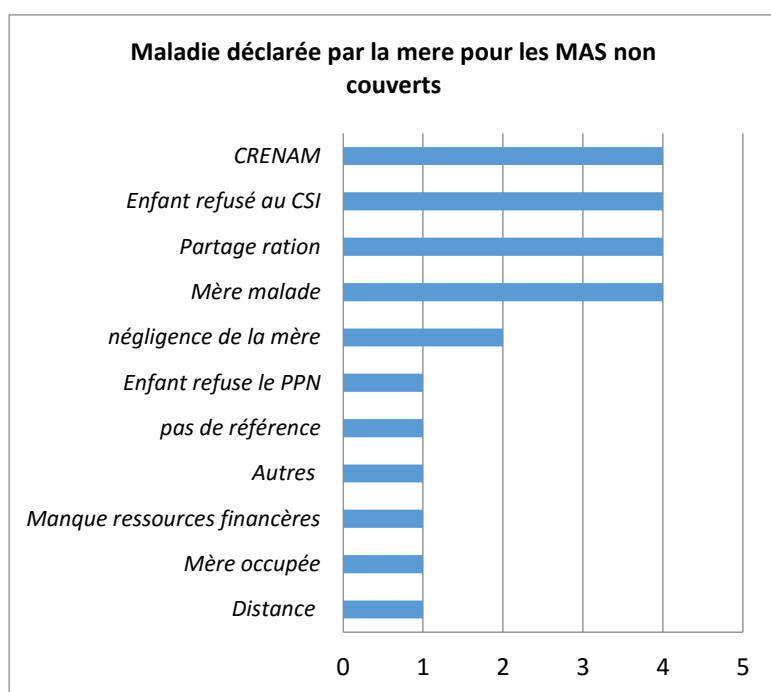


Figure 15: Barrières à la couverture

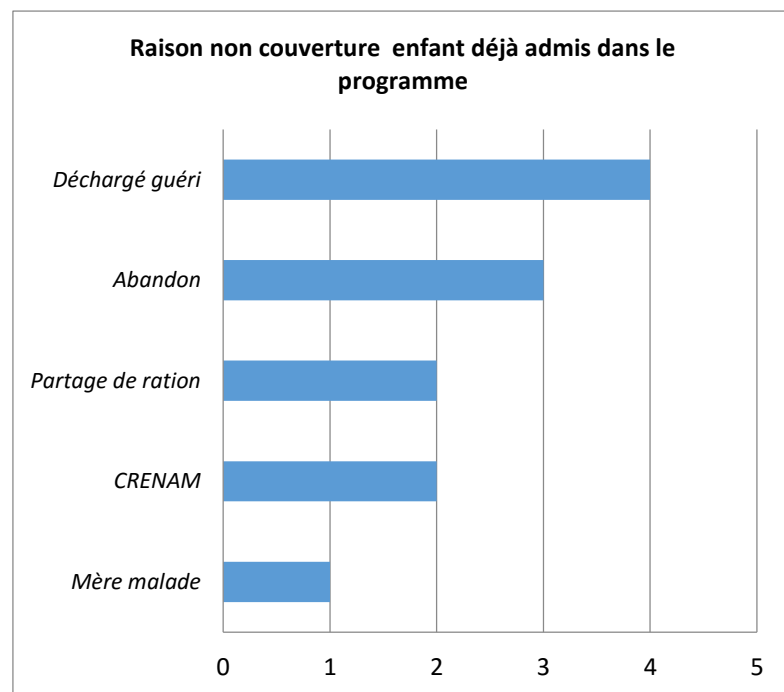


Figure 13 : Raisons de non couverture des enfants dans le programme Ouallam

5. CONCLUSION ET DISCUSSIONS

Les informations recueillies auprès des mères d'enfants MAS pendant l'enquête au niveau des quatre départements des deux districts sanitaires d'intervention d'IRC, on retient globalement que, les classifications basées sur l'estimation de la couverture actuelle ont déterminé que le niveau de couverture dans les quatre départements était **modéré**.

La taille de l'échantillon est satisfaisante dans le district sanitaire de Filingué, (c'est-à-dire plus de 96 cas de MAS trouvés) mais faible dans la zone d'Ouallam pour laquelle la taille de l'échantillon recommandée n'a pas été atteinte (43 cas trouvés). Néanmoins la couverture actuelle globale a été estimée. Le niveau de couverture actuelle global pour l'ensemble de la zone d'intervention a été estimé à **28.46 (IC 95% : 21.9% - 34.4%)** contre **29.9% (IC 95% : 24. – 35.7%)**

Ces résultats montrent une amélioration de la couverture au niveau du département d'Abala qui a passé du niveau de couverture faible lors de l'enquête précédente à un niveau moyen.

Cependant force est de constater que l'estimation de la couverture globale actuelle a chuté passant de 29.9% en 2014 à 28.46% en 2015. Cette situation s'explique en partie par la période de réalisation de cette évaluation qui a coïncidé avec la période des travaux champêtres où bon nombre de la population n'a pas accès aux services de PCIMAS.

Barrières de l'accès au traitement et de l'utilisation des services

Au niveau communautaire, les principales barrières à la couverture identifiées lors de cette évaluation sont essentiellement liées à l'occupation des mères par les travaux champêtres, suivi de la méconnaissance du programme et de la malnutrition par les mères, le partage des intrants, etc.

Ces principales barrières traduisent une déficience dans la sensibilisation sur la malnutrition (causes et conséquences) et l'existence et le rôle des programmes PCIMA qui relève principalement de la composante mobilisation communautaire. Le relais communautaire constitue un des points focaux de la mobilisation communautaire et lors de l'enquête, peu de relais actifs ont été trouvés dans la majorité des villages, tous occupés par les travaux champêtres.

Toujours au niveau communautaire, les autres raisons évoquées par les accompagnants concernent la distance, le voyage ou le déplacement, le partage du PPN, la maladie de la mère, l'insécurité sur le trajet, insuffisances de ressources financières.

La levée de telles barrières passe par la mise en place d'une stratégie de communication adaptée à chaque communauté. Cela a démarré l'année passée par la réalisation de quelques diagnostics communautaires. Cette activité sera mise à l'échelle cette année

s'agissant des difficultés liées au programme, vu le nombre important des cas non couverts trouvés dans les CRENAM, tout laisse croire que le problème réside soit au niveau du dépistage suite à des prises de mesures anthropométriques par l'agent de sante qui n'ont pas permis d'identifier l'enfant comme un cas remplissant les critères d'admission de MAS, ou soit l'enfant était un cas de malnutrition modérée dont l'état nutritionnel s'est détérioré en état de MAS suite à un manque de surveillance de l'évolution de son état nutritionnel par les relais dans la communauté ou au niveau des centres de santé.

D'autres barrières liées à la qualité du programme sont également importantes parce qu'elles justifient la non-participation au programme de bon nombre des cas identifiés lors de l'enquête. Ils s'agitent, de l'insuffisance dans la référence des cas, de la rupture de stock de PPN, surtout au niveau des cases de santé, l'absence de l'agent de santé, le refus d'admettre l'enfant dans le programme, la durée de séjour, etc.

Beaucoup d'effort ont été déployés l'année passée afin de pallier à toutes ces insuffisances. Cette année l'accent sera mis sur l'implication de la communauté, des agents de santé, des autorités sanitaire et communale par l'intensification des activités de plaidoyers

Raison non couverture enfant déjà admis dans le programme.

Les principales raisons de non couverture d'enfant déjà admis dans le programme sont pratiquement similaires à celles relevées lors de l'enquête antérieure : les abandons, les déchargés guéris (c'est-à-dire les rechutes ou critères de décharge non respectes), les ruptures d'intrant et le CRENAM (c'est-à-dire les enfants MAS dans un programme MAM). Cela montre que les rechutes, les taux d'abandon et les cas MAS suivis au CRENAM (voir figures 9 et 15) sont une réalité du programme. Les raisons d'abandon sont, par ordre d'importance : les occupations des mères, la négligence des mères, les longues distances à parcourir pour arriver au CRENAM, la

durée de séjour dans le programme, la rupture de stock d'ATPE, les problèmes liés au personnel de santé.

Les entretiens avec les accompagnants de cas non couverts et les membres de la communauté ont révélé encore quelques insuffisances dans la sensibilisation de la population cible, dans la compréhension du programme, lié en partie par la manière de transmission des messages aux communautés et au manque d'implication de la communauté en l'occurrence les hommes dans la question de la santé de l'enfant de manière générale. Cela indique la nécessité de renforcer l'éducation nutritionnelle et les conseils fournis aux accompagnants par les agents de santé des CRENAS, par les relais communautaires. Cette éducation doit passer par des stratégies de communication adaptées au contexte de chaque communauté.

6. RECOMMANDATIONS

Le but des enquêtes SLEAC n'est pas de formuler des recommandations car, par sa nature, la méthode fournie uniquement la classification de la couverture et l'identification des barrières principales. Cependant, la définition de ces quelques recommandations peut permettre d'améliorer certaines barrières relevées lors des discussions avec les mères au sujet des cas MAS non couverts.

Compte tenu du fait que les principales barrières identifiées sont en lien aux contraintes sociales liées à la mère et à la méconnaissance de la problématique de la malnutrition par la communauté; les principales recommandations sont les suivantes :

- ♦ ***Procéder à des diagnostics communautaires dans les villages*** de l'aire de santé de chaque CSI afin de recueillir des données qualitatives concernant les différentes barrières identifiées lors de l'enquête. Procéder à un dépistage actif pour déterminer la prévalence de la malnutrition dans le village concerné. Ces diagnostics devraient permettre en même temps d'identifier les structures communautaires et les canaux de communication existants. L'importance d'une telle démarche est que les représentants de la communauté, comme dans un miroir, observent la situation sanitaire et nutritionnelle de leur communauté, en fonction de leurs moyens identifient des actions appropriées à leur contexte. Ils mettent en même temps en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des actions.

Les services techniques et les partenaires (ONG/Associations, projet, etc.) jouent seulement un rôle de "facilitateur" du processus de réflexion, les décisions majeures étant prises par la communauté.

- ◆ Sur la base des informations recueillies dans chaque village lors du diagnostic communautaire, une stratégie de mobilisation communautaire adaptée à chaque village qui puisse permettre d'apporter un changement de comportement au sujet de la reconnaissance de la malnutrition, des causes de la malnutrition et de l'existence d'un traitement gratuit et efficace, sera élaborée.

Par rapport à l'organisation et à la qualité du programme; les principales recommandations sont les suivantes :

- ◆ ***Un système de suivi pour les cas d'abandon*** devrait être mis en place, de même qu'un ***suivi des absents*** avant qu'ils ne deviennent des cas d'abandon.
- ◆ Les activités de dépistage et de référence au sein de la communauté devraient être renforcées. La stratégie de dépistage par les mères MUAC doit être mise à l'échelle,
- ◆ Le suivi des cas déchargés au sein de la communauté devrait être renforcé. Un plan d'action de suivi doit être établi au niveau de tous les CRENAS.
- ◆ Les relais communautaires, les mères des enfants et autres membres de la communauté susceptibles de référer des cas devraient savoir que les cas de rechute et d'abandon doivent être référés pour réadmission au programme. Ce sujet sera à l'ordre du jour des diagnostics communautaires. D'autres mécanismes de référence au niveau communautaires (utilisation des charrettes) devraient être identifiés.
- ◆ Des explications claires devraient être fournies aux accompagnants pour qu'ils comprennent bien au moment de la décharge que les cas de rechute sont éligibles pour réadmission et qu'ils devraient retourner au programme si l'enfant fait une rechute. Ces conseils doivent faire partie d'un kit d'information sur la décharge qui sera développé au centre de santé lors des activités de prise en charge et au niveau communautaire par les relais.

- ◆ Il est probable que la diarrhée accompagné de la fièvre soient les principales causes sous-jacentes de rechute, selon les réponses des accompagnants des enfants ayant fait une rechute. Ainsi, le paquet d'information sur la décharge destiné aux bénéficiaires sera complété de démonstrations pratiques en ce qui concerne l'utilisation des SRO pour traiter la diarrhée et souligner l'importance de la recherche du traitement précoce en cas de maladies fébriles, ainsi que des activités de sensibilisation sur la prévention de la diarrhée. Aussi, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) devraient être renforcés et exploités. Les secteurs de la Wash devraient également être renforcés
- ◆ L'équipe de l'enquête a constaté que de nombreux enfants avec un PB au-dessus du seuil d'admission sont dans le programme. Des efforts devraient être déployés pour solutionner ces difficultés à travers les supervisions conjointes formatives plus étroite des agents de santé et des partenaires en ce qui concerne les critères de décharge
- ◆ Enfin pour la période prochaine, il convient d'envisager de conduire quelques enquêtes SQUEAC afin d'examiner en profondeur les bases des problèmes programmatiques identifiés.

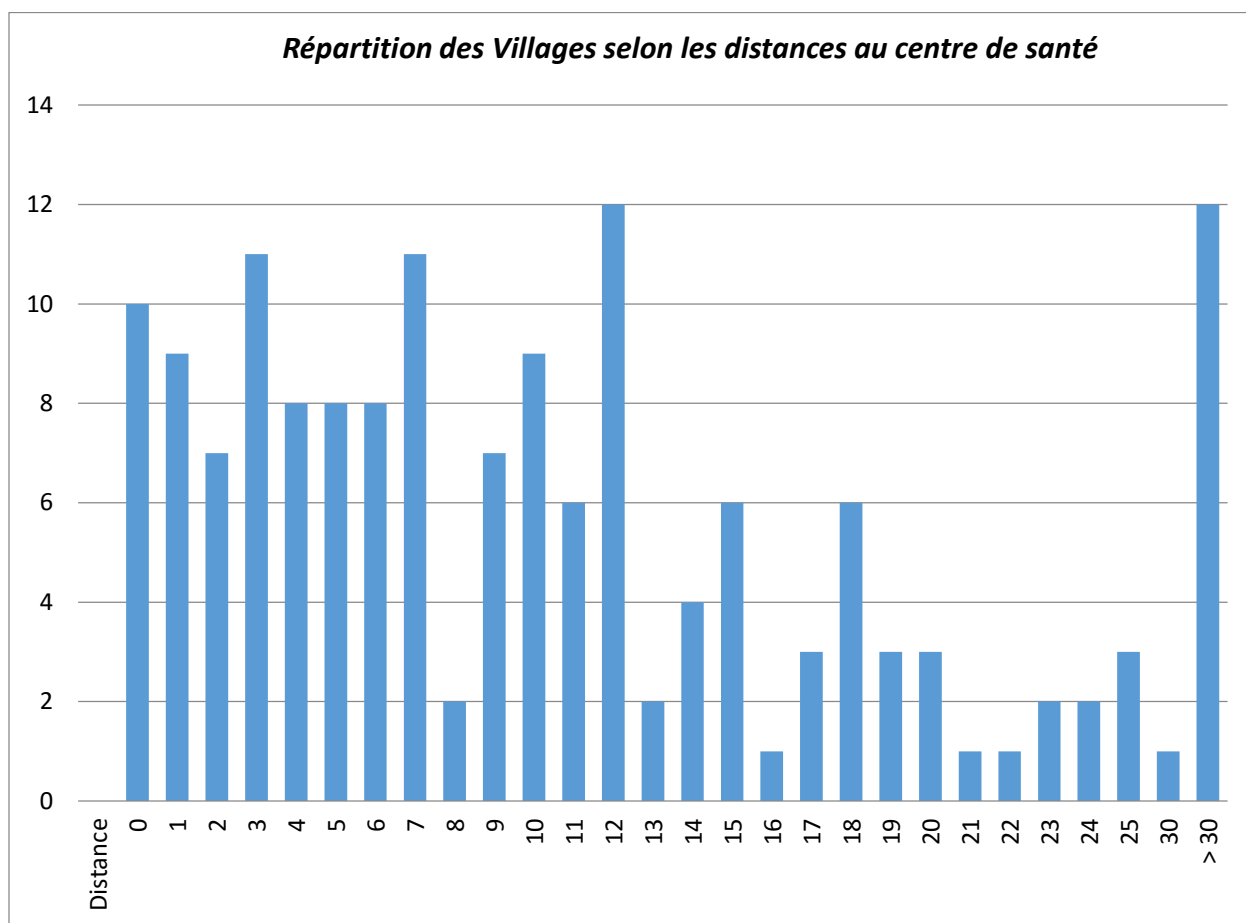
7. PLAN D'ACTION

Barrières	Activités	Responsabilités	Deadlines
Contraintes sociales liées à la mère (occupation des mères, négligence, voyage, travaux champêtres, etc.)	Renforcement de la mobilisation communautaire à travers la conduite des autodiagnostic communautaires dans tous les gros villages à forte densité démographique de Filingué, Baleyarda, Abala et Ouallam	Leaders Communautaires, COGES, Chef CSI, ASC, DS avec appui IRC	Mars – Avril –Mai 2016
	Détermination du comportement saisonnier de la population en termes de déplacement, de morbidité, etc.	Leaders Communautaires, COGES, Chef CSI, ASC, DS avec appui IRC	Mars – Avril –Mai 2016
	Définition d'une stratégie communautaire de communication et de suivi des enfants en fonction de la période (période de travaux champêtre, pics de paludisme, etc.)	Leaders Communautaires, COGES, Chef CSI, ASC, DS avec appui IRC	Mars – Avril –Mai 2016
Méconnaissance de la malnutrition	Définition d'une stratégie de sensibilisation de la communauté ciblée, concertée et impliquant tous acteurs de la communauté (agents de santé communautaires, les mères, les chefs, les guérisseurs traditionnels, relais communautaires), lors des autodiagnostic communautaires	Leaders Communautaires, COGES, Chef CSI, ASC, DS avec appui IRC	Mars – Avril –Mai 2016
	Identification des messages clés à transmettre pour chaque communauté en fonction des défis identifiés dans chaque communauté avec l'implication de tous les acteurs communautaires lors des autos diagnostics communautaires (ADC)	Leaders Communautaires, COGES, Chef CSI, ASC, DS avec appui IRC	Mars – Avril –Mai 2016
Distance au site de CRENAS	Extension des centres de prise en charge de la PCIMA au niveau de toutes les cases de santé et multiplication des centres mobiles de prise en charge dans les gros villages sans cases de santé	DS de Filingué et Ouallam avec appui d'IRC	Mars – Avril –Mai 2016
Barrières			
Contraintes liées à l'offre de service de PCIMA	Insuffisance du dépistage et de référence Mise à l'échelle de la stratégie mère MUAC dans tous les gros villages avec et sans case de santé	Leaders Communautaires, COGES	Mars – Avril –Mai 2016

	○ Mise en place de la stratégie de référence communautaire par les charrettes ou autres moyens de déplacement pris en charge par la communauté (lors des ADC)	DS de Filingué et Ouallam avec appui d'IRC	
	Ruptures de stock ○ Assurer l'approvisionnement continu en intrants des districts de santé aux centres de santé afin d'éviter les ruptures de stock, par le ○ Plaidoyer auprès des communes pour la prise en charge du transport des intrants du magasin central du district de Filingué vers les CSI urbains ○ Plaidoyer auprès des COGES pour la prise en charge régulière du transport des intrants des chefs lieu des communes vers les CSI	Leaders Communautaires, COGES DS de Filingué et Ouallam avec appui d'IRC	Mars – Avril –Mai 2016
	Enfants MAS au CRENAM ○ Renforcement dans le suivi des enfants au CRENAM, systématiser la prise du MUAC pour les enfants au CRENAM à l'admission et lors des visites retours ○ Veiller au respect des procédures d'évaluation des statuts nutritionnels des enfants à travers des supervisions conjointes Direction Régional, DS, partenaires, autorités locales. ○ Renforcement du dépistage de routine continue par le PB de tous les enfants qui sont dans tous les différents programmes, au niveau communautaire à travers par exemple l'utilisation des MUAC par les mères d'enfants malnutris	DS de Filingué et Ouallam avec appui d'IRC	Mars – Avril –Mai 2016
Barrières			
Insuffisances liées à la qualité de la PEC dans le programme	Abandons, Rechutes, Réadmissions ○ Mise en place d'un système de suivi des cas d'abandon et des absents avant qu'ils ne deviennent des cas d'abandon dans chaque village lors des ADC ○ Intégration des outils SQUEAC dans les activités courantes de suivi. Chaque fin du mois une analyse des indicateurs sera menée afin de vite détecter des problèmes et appliquer des mesures correctives. En effet, la tendance des admissions, des abandons et les indicateurs de performance seront analysés pour chaque CRENAS ○ Renforcement du dépistage des enfants malnutris : dépistage par les relais, les membres du COGES, les chefs traditionnels, les mères des enfants malnutris ○ Assurer la communication pour un changement de comportement en faveur de la considération de la malnutrition comme maladie autant que les autres, sujet qui sera débattu lors des ADC	DS de Filingué et Ouallam avec appui d'IRC	Toute l'année 2016

ANNEXES

**ANNEXE 1 : REPARTITION DES VILLAGES SELON LES DISTANCES (EN KILOMETRE) AU CENTRE
DE SANTE**



ANNEXE 2 : TERMES LOCAUX DE LA MALNUTRITION

Ethnie	Appellation Malnutrition	Appellation Malnutris	Traduction
Zerma	Mouna	Mouna-Zé	Enfant en retard de croissance
Zerma	Makarayan	Nassou- Zé	Naissance rapprochée
Zerma		Iz Kan Makara	Enfant en retard de croissance
Zerma		Iz- Bano	Enfant faible
Zerma		Iz- komssa	Enfant de
Zerma	Kabouma	Kabouma -Zé	Enfant fané
Zerma	Toudousougouyan	ToundouSouguanté	Fesse fané: fesse à blaqué de tabat
Zerma	Founssi	Gua- founso	corps enflé
Zerma		Goundéfounsso	ventre ballonné
Haoussa	Kariya nono		Sevrage brusque
Haoussa	Koumbouri		Enflement
Haoussa	Tamowa	Dan-tamowa	Enfant faible
Haoussa	Gniwa	Dan-Gniwa	Enfant afamé

ANNEXE 3 : LISTE DES AGENTS AYANT PARTICIPES A LA REALISATION DE L'ENQUETE

Nom	Prénom	Statut	Zone	Téléphone	E-mail	Sexe
Jacques Maurice	Ousmane	Coordonnateur adjoint nutrition	Filingué	99729908	Jacques.MauriceOusmane@rescue.org	M
Dr Gado	Abdal Aziz	Coordonnateur adjoint nutrition	Ouallam	99732652	AbdalAziz.Gado@rescue.org	M
Adamou	Mamadou	M& E Officer	Ouallam	99732650	Adamou.Mamadou@rescue.org	M
Mazawagé	Daouda Dodo	Chef Sous Base	Abala	89809942	Mazawage.DodoDaouda@rescue.org	M
Seni	Mamoudou	Chef Sous Base par intérim	Balleyara	99729922		M
Mansour Ayoumi	Abdoul Kader	Superviseur Nutrition	Ouallam	89801051		M
Ali	Adamou	Superviseur Nutrition	Ouallam	99729918		M
Abdoulaye	Halidou	Superviseur Nutrition	Ouallam	89801062		M
Habou	Deré	Superviseur Nutrition	Ouallam	99729923		M
Idi Doutchi	Yacouba	Superviseur Nutrition	Ouallam	89808404		M
Kaled	Mamoudou Djibo	Superviseur Nutrition	Balleyara	98451682		M
Abdoulaye	Amadou Hassane	Superviseur Nutrition	Balleyara	89807604		M
Fatouma	Youssouf Moussa	Superviseur Nutrition	Balleyara	89807594		F
Minjignawa	Maman Issoufou	Superviseur Nutrition	Filingué	99729921		M
Allassane	Lawaly	Superviseur Nutrition	Filingué	97130876		M
Ibbo	Amadou	Sensibilisateur/Formateur	Filingué	89809085		M
Fati	Oumarou Bonkano	Superviseur Nutrition	Filingué	96270961		F
Moussa Oumarou	Maman Sani	Superviseur Nutrition	Abala	89807596		M
Adamou	Ibrahim	sensibilisateur/Formateur	Abala	89375413		M

ANNEXE 4 : LISTE DES ENQUÊTEURS

Nom	Prénom	Statut	Téléphone	E-mail	Sexe
Nana Sakina	Ibrahim	Enqueteur	97365762		F
Daré Dan Falké	Rachid	Enqueteur	96543929		M
Boureima Moutira	Ouma	Enqueteur	90355130		F
Saidou k Mahaman	Jamilou	Enqueteur	90737922		M
Moussa Yayé	Ramatou	Enqueteur	91787132	mramatou354@gmail.com	F
illiassou	Birma Abdourahamane	Enqueteur	92589053		M
Ibrahim Issaka	Fatima	Enqueteur	91171775		F
Kané Dan Baou	Mamane Souradji	Enqueteur	96201086	kmamanesiradji@gmail.com	M
Maman Bachir	Seyni	Enqueteur	97242898		M
Abdoulaye Aya	Ahmed	Enqueteur	90606016		M
Mme A. Razak	Fatimatou	Enqueteur	96371616		F
Aboubacar Kader	Mohamed	Enqueteur	91910306	aboubacarkader@gmail.com	M
Habsatou Garba	Ali	Enqueteur	96114889		F
Silimane	Akolen	Enqueteur	91955884		M
Mme Rahila Issaka	Mamadou	Enqueteur	96566301		F
Idrissa	Zamo Boubacar	Enqueteur	98592934	idrissazamboubacar@gmail.com	M
Mme Chégou Abari	Fatimé	Enqueteur	96506057	fatimachegoubari72@yahoo.fr	F
Amadou Ali	Mamane	Enqueteur	96336399	amadoualikaka@yahoo.fr	M
Abdourazak Amadou	Morou	Enqueteur	99300300		M
Abdoul Nasser	Issaka Djibo	Enqueteur	96071616		M

ANNEXE 5 : CHRONOGRAMME DU DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE

PLANNING DE L'ENQUÊTE SLEAC

Novembre

[illegible]

ANNEXE 6 : PROCÉDURE DE RECHERCHE DE CAS – MILIEU RURAL

Aller directement à la rencontre du chef de village, se présenter et présenter le programme, ensuite expliquer pourquoi vous êtes là et ce que vous êtes venu faire. Expliquez précisément que vous voulez rencontrer **tous les enfants avec œdèmes, maigres ou malades** (vous pouvez utiliser les termes locaux) et les enfants de 6 à 59 mois admis dans le programme

Demander au leader de fournir un guide qui doit désigner les maisons où il y a des enfants avec œdèmes, maigres ou maladies et les enfants admis au programme (demander spécifiquement des volontaires et/ou une femme qui connaît toutes les mères des enfants de – 5 ans dans le village)
Demander au guide de vous conduire dans les maisons où il y a des enfants avec œdèmes, maigres ou maladies et des enfants admis au programme
Se rendre dans la première maison identifiée par le guide ou le chef de village.



Lorsque vous arrivez dans la maison identifiée, vous devez vous présenter, ensuite vous présentez le programme et vous expliquez les raisons de votre présence là et aussi ce que vous allez faire. Ce n'est qu'après tout cela que vous pouvez enfin commencer à repérer les enfants présents
Est-ce que l'enfant a entre 6 et 59 mois? Pour confirmer l'âge, demander la carte de vaccination et calculer l'âge en mois (si pas de carte, utiliser le calendrier local pour calculer l'âge de l'enfant)



Non.

Remercier la personne, demander à la mère si elle connaît un enfant qui pourrait avoir un œdème ou être maigre ou malade ou un enfant admis au programme.
Continuez.

Oui.

Dépister l'enfant pour la malnutrition (Utiliser PB < 11.5 pour mesurer l'enfant s'il n'est pas dans le programme)
Vérifier les œdèmes et mesurer le PB
Chercher à connaître si l'enfant a des œdèmes bilatéraux ou un PB < 11.5 ou s'il est déjà dans le programme ?

NON

Remercier le/le gardien(ne) de l'enfant, et demander à la mère si elle ne connaît d'autres enfants ayant eux aussi des œdèmes ou maigres ou malades ou étant encore actuellement dans le programme.
Passez au suivant

OUI

Remplir le questionnaire
Si l'enfant n'est pas dans le programme, il faudra alors le référer au Cscm le plus proche

Rappel

- 1) Après avoir pris les mesures sur les enfants du ménage sélectionner, toujours demander à la mère si elle connaît encore un autre enfant qui peut avoir des œdèmes, qui est maigre ou malade ou qui est dans le programme. Passer ensuite au ménage suivant.
- 2) Demander si un des enfants du village est actuellement dans le programme et hospitalisé à l'hôpital ou s'il est au centre de santé. Si c'est le cas prendre le nom de l'enfant et de la mère and s'assurer de prendre ses mesures dans le centre de santé.
- 3) Si une mère, d'un enfant présentant des œdèmes, maigre ou malade est absente du village, il faut tout faire pour la retrouver, afin de procéder à la prise « des mesures » de son enfant.
- 4) Si une mère ayant déjà un enfant dans le programme s'avère être absente du village, il faudra alors prendre le nom et l'âge de son l'enfant.

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE TYPE POUR LES CAS NON COUVERTS

Numéro _____	enfant : Aire _____ du _____	CSI: _____
Village : _____		
NOM de la mère : _____		
Equipe: _____		
Date : _____		
1. Pensez-vous que l'enfant est malade?		
☐ Si oui, de quelle maladie souffre-t-il? _____ ☐ Si Non → Comment expliquez-vous son état? _____ Et passez à la question 5		

2. Pensez-vous que l'enfant est malnutri?	
☐ Oui	☐ Non → STOP Et passez à la question 5

3. Savez-vous où l'enfant peut suivre un traitement?	
☐ Oui ; Quel est le nom du programme ? _____	☐ Non → STOP Et passez à la question 5

4. Qu'est-ce qui vous a empêché de conduire l'enfant au CSI?	
☐ 1. Trop loin; Quelle est la distance (km) ? _____ Combien d'heures de marche ? _____	
☐ 2. La mère n'a pas le temps/ trop occupée; veuillez de spécifier ses activités: _____	
☐ 4. La mère est malade	☐ 11. Le mari a refusé
☐ 5. L'enfant a déjà été refusé au CSI ; Quand ? _____	☐ 12. D'autres familles ont eu leurs enfants refuses
☐ 6. La mère a honte	☐ 13. Problèmes de sécurité
☐ 7. La mère ne peut pas faire le trajet avec plus d'un enfant	☐ 14. Personne pour s'occuper des autres enfants

☐ 8. La quantité de PlumpyNut donnée n'est pas suffisante

☐ 15. La mère pense que le programme ne va pas aider l'enfant (préfère une autre médecine)

☐ 9. La mère pense que l'enfant doit d'abord être hospitalisé :

☐ 10. Autre raison :

5. Est-ce que votre enfant a déjà reçu un traitement? Est-ce qu'il avait déjà été admis au programme CMAM auparavant? (CRENAS/UCRENI/CRENAM) ?

☐ Oui; pourquoi n'est-il plus dans le programme ?

☐ Non → **STOP**

☐ 1. Abandon ;
Quand ? _____

Pourquoi ?

☐ 2. Déchargé guéri; Quand ? _____

☐ 3. Déchargé non-guéri; Quand ? _____

☐ 4. Autre raison :

Remercier la mère et lui remettre le formulaire de référence.

Commentaires :

ANNEXE8 : FORMULAIRE TYPE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE

FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE

Date : _____

N° Equipe : _____

Village/ quartier enquêté : _____

CSI de référence (aire de santé) : _____

Distance (km) : _____

N°	Nom de l'enfant	Age (mois)	Sexe	Œdèmes (+, ++, +++)	PB (en mm)	CAS MAS (MUAC<115 mm et/ou œdèmes)	CAS MAS Couvert (en cours de traitement) (cocher la case)	CAS MAS Non Couvert (cocher la case)	CAS MAS en voie de Guérison (Ancien MAS encore en traitement) (cocher la case)	Nombre de sachet restant/nombre jours av prochaine visité	Vérification Carnet de santé ATPE (cocher) Oui Non
1											☐ carnet de santé ☐
2											☐ carnet de santé ☐
3											☐ carnet de santé ☐
4											☐ carnet de santé ☐
5											☐ carnet de santé ☐
6											☐ carnet de santé ☐
7											☐ carnet de santé ☐
8											☐ carnet de santé ☐

Systématiquement demander la carte des bénéficiaires actuellement en traitement (sévéres et modérés) et le Carnet de santé, ensuite et vérifier la date de la dernière visite.

Les cas sévères pris en charge dans le programme PAM (rations sèches) sont des cas non couverts. Utilisez-le Questionnaire "Cas non couvert" pour ces cas et notez que l'enfant est en programme PAM. Administrez le questionnaire "Cas non couvert" pour tous les cas sévères non couverts. Tous les cas sévères ou modérés qui ne sont pas couverts doivent recevoir une carte de référencement ainsi que des explications qui précisent où l'enfant sera conduit et à quel moment il sera au centre