



REPUBLIQUE DU TCHAD



TECHNIQUE SIMPLIFIEE DE SONDAGE PAR LOTS APPLIQUES A L'ASSURANCE QUALITE POUR EVALUER L'ACCES ET LA COUVERTURE

(SLEAC, ou Simplified Lot Quality Assurance Sampling
Evaluation of Access and Coverage)

ENQUETE NUTRITIONNEL DE LA BANDE SAHELIEENNE
TCHAD, SEPTEMBRE 2015

Financement par ECHO

RAPPORT FINAL

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

Julia WIGHT, MPH

REMERCIEMENTS

L’auteure tient à remercier le Gouvernement de la République du Tchad, qui a autorisé la mise en œuvre de l’enquête de couverture et qui a montré un vif intérêt envers l’évaluation. Cette enquête a été réalisée par le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) du Ministère de la Santé Publique (MSP) avec l’appui technique de l’UNICEF, et du Coverage Monitoring Network (CMN). Elle a été réalisée grâce à l’appui financier d’ECHO.

Les remerciements s’adressent également :

- Nous tenons à exprimer notre gratitude à l’équipe du CNNTA et de l’UNICEF pour avoir facilité la conduite de cette enquête. Nous remercions particulièrement Dr Himeda Makhlouf Directeur intérimaire du CNNTA et Dr Mamadou Ndiaye Responsable de la nutrition à l’UNICEF
- Nos remerciements vont aussi à l’endroit d’Esaïe Diongoto Domoya, Hermann Ouedraogo, Ado Balla Abdoul Azizou, Vivianne Djoret, et Abel Kedigui de l’Unité Nutrition, UNICEF, N’Djamena pour leurs appuis techniques et logistiques pour la mise en place de l’enquête
- A Ignabobe Passalet, Tchouyabe Nicolas Dali, et Jean-Pierre Mandebaye, des bureaux de zone de UNICEF Tchad, pour leurs appuis dans le suivi des activités sur le terrain
- A Brahim Lamana Nargaye de la Section IT, UNICEF, N’Djamena, pour son soutien logistique
- A Abakar Moussa, du CNNTA, pour l’efficacité de sa gestion de la logistique
- A Hugh Lort-Phillips, Sophie Woodhead et Lenka Blarova du CMN à ACF-UK, pour leur appui technique dans l’élaboration de la méthodologie du SLEAC.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	5
EXECUTIVE SUMMARY.....	6
RÉSUMÉ.....	10
1. INTRODUCTION.....	14
1.1. CONTEXTE.....	14
1.2. CONTEXTE NUTRITIONNEL.....	15
1.3. JUSTIFICATION ET ZONE DE L'ENQUÊTE.....	17
2. OBJECTIFS.....	18
3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	19
3.1. ÉCHANTILLONNAGE	19
3.1.1. PREMIÈRE ÉTAPE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	19
3.1.2. DEUXIÈME ÉTAPE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	23
3.1.3. QUESTIONNAIRES DES CAS DE MAS.....	25
3.2. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE	26
3.2.1. FORMATION DES ÉQUIPES.....	27
3.2.2. ORGANISATION SUR LE TERRAIN.....	27
3.3. SEUILS ET ESTIMATION DE LA COUVERTURE.....	28
3.4. JUSTIFICATION DU CALCUL D'ESTIMATION DE LA COUVERTURE.....	29
3.5. LIMITATIONS ET LEÇONS APPRISSES.....	30
4. RÉSULTATS.....	31
4.1. RÉSULTATS GÉNÉRAUX.....	31
4.1.1. RÉSULTATS CAS DE MAS.....	31
4.1.2. RÉSULTATS CAS DE MAM.....	33
4.2. RÉSULTATS PAR DS : COUVERTURE.....	33
4.3. BARRIÈRES GLOBALES.....	35
4.4. FACILITATEURS GLOBAUX	39
4.5. RÉSULTATS DES RECHUTES ET ABANDONS.....	41
4.6. RÉSULTATS D'ETHNIE.....	42
4.7. RÉSULTATS DES DONNÉES DE ROUTINE.....	42
4.7.1. RÉSULTATS DES ADMISSIONS.....	42
4.7.2. GAINS DE POIDS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	43
4.7.3. DISPONIBILITÉ DES INTRANTS.....	44
5. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	45
5.1. CLASSIFICATION DE COUVERTURE PAR DS ET ESTIMATION DE COUVERTURE PAR RÉGION.....	45
5.2. BARRIÈRES DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ET DE L'UTILISATION DES SERVICES.....	45
5.3. FACILITATEURS DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ET DE L'UTILISATION DES SERVICES.....	46
5.4. TAUX D'ABANDON.....	47

5.5. TAUX DE RÉADMISSION.....	47
5.6. DONNÉES DE ROUTINE.....	48
6. CONCLUSIONS.....	49
7. RECOMMANDATIONS.....	50
ANNEXE 1 – GLOSSAIRE DES TERMES LOCAUX.....	55
ANNEXE 2 – MANUEL DE TERRAIN.....	56
ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE CAS COUVERTS.....	60
ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE CAS NON COUVERTS.....	61
ANNEXE 5 – FICHE COLLECTE DONNÉES DÉPISTAGE MAS ET MAM.....	63
ANNEXE 6 – PLANIFICATION DES ÉQUIPES.....	65
ANNEXE 7 – FICHE DE SUPERVISION DE TERRAIN.....	66
ANNEXE 8 – FICHE COLLECTE DE DONNÉES DE ROUTINE.....	67
ANNEXE 9 – CALCUL CLASSIFICATION DE COUVERTURE RÉGIONAL.....	68
ANNEXE 10 – INFOGRAPHIQUE CONNAISSANCE.....	69
ANNEXE 11 – INFOGRAPHIQUE BARRIÈRES D’ACCÈS.....	70
ANNEXE 12 – ETHNIE RÉPONDANTS QUESTIONNAIRES.....	71
ANNEXE 13 – INFOGRAPHIQUES DU SLEAC PAR RÉGION.....	72

ABRÉVIATIONS

ASC/ReCom	Agent de santé communautaire/Relais communautaire
CdS	Centre de Santé
CNNTA	Centre Nationale de la Nutrition et Technique Alimentaire
DDS	Durée de Séjour
DS	District Sanitaire
GDP	Gain de Poids
INSEED	Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
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
MSP	Ministère de la Santé Publique
PAM	Programme alimentaire mondial
PB	Périmètre brachial
PCIMA	Prise en charge communautaire intégrée de la malnutrition aiguë
PEV	Programme élargi de vaccination
PNS	Plan National de Santé
PNDS 1 et 2	Plan National de Développement Sanitaire
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)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations Children's Fund)
UNA	Unités nutritionnelles ambulatoires
UNS	Unités nutritionnelles supplémentaires
UNT	Unités nutritionnelles thérapeutiques
UPE	Unité primaire d'échantillonnage
ZR	Zone de responsabilité (de santé)

EXECUTIVE SUMMARY

Chad is regularly faced with a situation of food insecurity. In 2010, nearly two million people needed food assistance due a drastic drop in cereal production due to the poor harvest (a 34% reduction as compared to the average of previous harvests). Malnutrition is classified as an endemic problem in Chad. Between 2000 and 2010, the rate of underweight children increased from 28% to 30%, chronic malnutrition increased from 28% to 39% and acute malnutrition increased from 14.6% to over 16%.

The data collection for this SLEAC assessment took place from 24 August to 12 September 2015. The main data collected and analyzed included anthropometric measurements, MUAC and edema, and qualitative information was collected from covered and uncovered cases on recognizing malnutrition, knowledge of CMAM programs and common boosters and barriers to access to treatment for malnutrition.

This survey was implemented to get a snapshot of the situation of coverage and access to CMAM programming in different health districts in the Sahel region during the lean season. The results are summarized in the table below:

Health district coverage classification based on covered SAM cases, Chad SLEAC results 2015

Region	Health District	Number of SAM cases	Number of SAM cases covered by CMAM programs	Lower decision threshold (d1)	Upper decision threshold (d2)	Number of SAM cases: <d1, or b/w d1-d2, or >d2	COVERAGE CLASSIFICATION
NDJAMENA	NDJ North	46	21	9	23	d1-d2	Modérée
	NDJ South	45	15	9	23	d1-d2	Moderate
HADJER LAMIS	Massaguet	102	9	20	51	<d1	Low
	Massakory	114	28	22	57	d1-d2	Moderate
	Bokoro	85	24	17	42	d1-d2	Moderate
LAC	Bagassola	112	11	22	56	<d1	Low
	Bol	57	11	11	28	<d1	Low
	Ngouri	74	12	14	37	<d1	Low
KANEM	Mondo	35	6	7	17	<d1	Low
	Mao	35	6	7	17	<d1	Low
	Noukou	101	19	20	50	<d1	Low
	RigRig	41	9	8	20	d1-d2	Moderate
BARH EL GAZAL	Chaddra	29	6	5	14	d1-d2	Moderate
	Moussoro	17	3	N/A insufficient sample size			
BATHA	Yao	75	22	15	37	d1-d2	Moderate
	Ati	26	4	5	13	<d1	Low
	Oum Hadjer	28	12	5	14	d1-d2	Moderate
WADI FIRA	Biltine	71	56	14	35	>d2	High
	Guereda	29	11	5	14	d1-d2	Moderate

	Iriba	56	15	11	28	d1-d2	Moderate
	Matadjana	45	9	9	22	<d1	Low
OUADDAI	Abeche	50	20	10	25	d1-d2	Moderate
	Adre	25	8	5	12	d1-d2	Moderate
	Abdi	20	12	N/A insufficient sample size			
SILA	Amdam	44	10	8	22	d1-d2	Moderate
	Goz-beida	11	6	N/A insufficient sample size			
SALAMAT	Aboudeia	46	22	9	23	d1-d2	Moderate
	Amtiman	63	20	12	31	d1-d2	Moderate
GUERA	Mangalme	55	3	11	27	<d1	Low
	Melfi	36	18	7	18	d1-d2	Moderate
	Mongo	35	13	7	17	d1-d2	Moderate
	Bitkine	135	45	27	67	d1-d2	Moderate
	TOTAL	1743	486	349	872	Legend :	
							Low
							Moderate
							High

Regional level coverage point estimate coverage and classification based on covered SAM cases, Chad SLEAC results 2015

Region	Point Estimate of Coverage	Confidence Interval (CI 95%)	COVERAGE CLASSIFICATION
Barh El Ghazal	N/A insufficient sample size		Low
Batha	21.5%	11.5 – 31.5	Moderate
Guéra	31.8%	24.0 – 39.6	Moderate
Hadjer Lamis	22.6%	17.6 – 27.6	Moderate
Kanem	17.6%	9.2 – 26.0	Low
Lac	16.0%	10.2 – 21.8	Low
Ouaddai	41.0%	31.2 – 50.8	Moderate
Salamat	35.0%	25.3 – 44.6	Moderate
Sila	N/A insufficient sample size		Moderate
Wadi Fira	42.9%	36.1 – 49.8	Moderate
N'Djamena	N/A insufficient sample size		Moderate

In total, there were 10 health districts with a low coverage classification, 18 health districts with a moderate coverage classification and 1 health district with a high coverage classification. Based on regional estimates, the regions of Bahr El Ghazal, Kanem and Lac are classified with a low coverage estimate, and Batha, Guera, Hadjer Lamis, Ouaddai, Salamat Sila, Wadi Fira and N'Djamena are classified with a moderate coverage estimate.

The results and analysis of qualitative data of this SLEAC survey indicate a strong lack of recognition of malnutrition and poor understanding of the program treatment in the

regions surveyed. At the same time, the current understanding of the program seems to be tainted by a bad reputation; wherein the facilitators / boosters of this survey underline the importance of reputation and understanding of CMAM program.

These results combined with the identified barrier of distance and availability of resources to reach the health centres, the problems of access to treatment for malnutrition are obvious.

A summary of the recommendations are provided below in order to address the problems of coverage and access to health interventions identified through this survey:

Conduct qualitative studies to better understand and analyze the factors that impact the coverage of CMAM programs.

- Collect qualitative data through further assessment methodologies;
- Assess the strengths and weaknesses of existing community engagement strategies; and,
- Identify stakeholders, existing community structures and systems to inform qualitative information.

Design, develop and implement a national strategy for community engagement to improve access to and use of CMAM services.

A community mobilization strategy should include screening activities, research and case monitoring, and community outreach activities.

- Engage a variety of partners in the development of a realistic strategy of community engagement in order to improve access;
- Integrate screening activities for CMAM programs to other community initiatives;
- Develop and implement a new strategy for engaging community volunteers to ensure systematic screening and improve awareness at the community level;
- Identify and test innovative initiatives for community mobilisation;
- Expand the target of activities of community awareness throughout the community;
- Ensure the development and integration of strategies adapted to the realities and lifestyle of nomadic populations;
- Establish or strengthen a formal coordination mechanism at all levels, to ensure key actors can realistically lead the community engagement activities; and,
- Ensure resources for community engagement by introducing innovative financing and appropriate accountability measures to encourage sustainability.

Ensure the necessary equipment for the implementation of community engagement strategy and strengthen the capacities of key stakeholders.

- Prepare/consolidate a list of key messages on a variety of topics related to malnutrition, based on established and relevant local beliefs;
- Address gaps in the understanding of severe acute malnutrition;

- Address gaps in understanding of CMAM programming;
- Adapt/update image flip charts and/or other printable materials for dissemination in the health centres and translate them into the local language(s);
- Develop content awareness sessions tailored to the target audience; and,
- Develop a plan to strengthen the capacities of key stakeholders responsible for the transfer of skills and / or community awareness.

Develop and advocate for a strategy to increase geographical coverage of UNA sites to ensure greater decentralization.

- In health districts with dispersed population area, the use of mobile teams should be considered;
- Prepare a malnutrition prevention strategy, linked with the strategy of community mobilization, for dispersed populations; and,
- Identify and explore the use of existing local initiatives to use as positive case studies to potentially reproduce on a larger scale.

Ensure the implementation of an integrated nutritional data collection strategy in the routine data collection system at the national level.

- Develop a strategy for the integration of nutritional routine data in the health data management system (HMIS); for key indicators to measure the quality and efficiency of the CMAM programming.
- Ensure that key information based on current collection of admissions data is used, depending on the strategy, to measure the effectiveness of the supply chain of inputs and make improvements.

RÉSUMÉ

Le Tchad est confronté de manière cyclique à une situation d'insécurité alimentaire. En 2010, près de deux millions de personnes ont ainsi eu besoin d'une assistance alimentaire du fait de la mauvaise campagne agricole qui a entraîné une baisse drastique de la production céréalière (réduction de 34% par rapport à la moyenne des campagnes précédentes). La malnutrition est un problème endémique au Tchad. Entre 2000 et 2010, le taux d'insuffisance pondérale est passé de 28% à 30%, la malnutrition chronique de 28% à 39% et la malnutrition aiguë de 14,6% à plus de 16%¹.

La collecte des données a eu lieu du 24 août au 12 septembre 2015. Les principales données collectées et analysées comprenaient des mesures anthropométriques, du PB et œdèmes, et les informations qualitatives sur les cas couverts et non couverts sur la reconnaissance de la malnutrition, connaissance du programme PCIMA, et les facilitateurs et barrières d'accès au traitement pour la malnutrition.

Cette enquête a permis d'avoir une photographie de la situation de la couverture et accès au programme PCIMA dans les différents districts sanitaires de la bande sahélienne en période de soudure. Les résultats sont synthétisés dans le tableau ci-dessous :

Classification de couverture des districts sanitaires selon les cas de MAS couverts, résultats du SLEAC Tchad 2015

Région	District Sanitaire	Nombre de cas MAS	Nombre de cas MAS couverts par le programme	Seuil de décision inférieur (d1)	Seuil de décision supérieur (d2)	No de cas de MAS : <d1, ou entre d1-d2, ou >d2	CLASSIFICATION de la Couverture
NDJAMENA	NDJ Nord	46	21	9	23	d1-d2	Modérée
	NDJ Sud	45	15	9	23	d1-d2	Modérée
HADJER LAMIS	Massaguet	102	9	20	51	<d1	Faible
	Massakory	114	28	22	57	d1-d2	Modérée
	Bokoro	85	24	17	42	d1-d2	Modérée
LAC	Bagassola	112	11	22	56	<d1	Faible
	Bol	57	11	11	28	<d1	Faible
	Ngouri	74	12	14	37	<d1	Faible
KANEM	Mondo	35	6	7	17	<d1	Faible
	Mao	35	6	7	17	<d1	Faible
	Noukou	101	19	20	50	<d1	Faible
	RigRig	41	9	8	20	d1-d2	Modérée
BARH EL GAZAL	Chaddra	29	6	5	14	d1-d2	Modérée
	Moussoro	17	3	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
BATHA	Yao	75	22	15	37	d1-d2	Modérée

¹ Rapport Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS Survey), UNICEF, Tchad 2010

	Ati	26	4	5	13	<d1	Faible
	Oum Hadjer	28	12	5	14	d1-d2	Modérée
WADI FIRA	Biltine	71	56	14	35	>d2	Élevée
	Guereda	29	11	5	14	d1-d2	Modérée
	Iriba	56	15	11	28	d1-d2	Modérée
	Matadjana	45	9	9	22	<d1	Faible
OUADDAI	Abeche	50	20	10	25	d1-d2	Modérée
	Adre	25	8	5	12	d1-d2	Modérée
	Abdi	20	12	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
SILA	Amdam	44	10	8	22	d1-d2	Modérée
	Goz-beida	11	6	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
SALAMAT	Aboudeia	46	22	9	23	d1-d2	Modérée
	Amtiman	63	20	12	31	d1-d2	Modérée
GUERA	Mangalme	55	3	11	27	<d1	Faible
	Melfi	36	18	7	18	d1-d2	Modérée
	Mongo	35	13	7	17	d1-d2	Modérée
	Bitkine	135	45	27	67	d1-d2	Modérée
	TOTALE	1743	486	349	872	Légende :	
							Faible
							Modérée
							Élevée

Classification de couverture des régions selon les cas de MAS couverts, résultats du SLEAC Tchad 2015

Région	Estimation de Couverture Actuelle	Intervalle de Confiance (IC 95%)	Classification de la couverture
Barh El Ghazal	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Faible
Batha	21,5%	11,5 – 31,5	Modérée
Guéra	31,8%	24,0 – 39,6	Modérée
Hadjer Lamis	22,6%	17,6 – 27,6	Modérée
Kanem	17,6%	9,2 – 26,0	Faible
Lac	16,0%	10,2 – 21,8	Faible
Ouaddai	41,0%	31,2 – 50,8	Modérée
Salamat	35,0%	25,3 – 44,6	Modérée
Sila	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Modérée
Wadi Fira	42,9%	36,1 – 49,8	Modérée
N'Djamena	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Modérée

Au total, il y avait 10 DS avec une classification de couverture faible, 18 DS avec une classification de couverture modérée et 1 DS avec une classification de couverture élevée. Les régions de Barh El Ghazal, Kanem et Lac ont une estimation de couverture faible, avec Batha, Guera, Hadjer Lamis, Ouaddai, Salamat, Sila, Wadi Fira et N'Djamena avec une estimation de couverture modérée.

Les résultats et l'analyse des données qualitatives de ce SLEAC 2015, indiquent un fort manque de reconnaissance de la malnutrition et une faible compréhension du traitement et du programme à travers les régions enquêtées. En même temps, la compréhension actuelle du programme semble être entachée par une mauvaise réputation ; certes, en reconnaissant que les facilitateurs/boosters de cette enquête soulignent l'importance de la réputation et compréhension du programme PCIMA.

En combinaison avec la barrière de la distance et disponibilité des moyens pour s'y rendre aux CdS, les problèmes d'accès aux soins pour la malnutrition sont évidents.

Un sommaire des recommandations suivantes sont formulées en vue d'adresser les problèmes de couverture et accès des interventions sanitaires relevés par cette enquête :

Réaliser des études qualitatives afin de mieux comprendre et analyser les facteurs ayant l'impact sur la couverture des programmes PCIMA.

- Recueillir des données qualitatives
- Evaluer les points forts et les points faibles des stratégies d'engagement communautaires existantes
- Répertorier les acteurs, structures et systèmes communautaires existants.

Concevoir, élaborer et mettre en place une stratégie nationale d'engagement communautaire pour améliorer l'accès et le recours aux services PCIMA.

Une stratégie de la mobilisation communautaire doit inclure les activités de dépistage, recherche et suivi de cas ainsi que la sensibilisation communautaire.

- Engager une variété des partenaires dans l'élaboration d'une stratégie nationale d'engagement communautaire pour améliorer l'accès.
- Intégrer les activités de dépistage pour le programme PCIMA à d'autres initiatives.
- Élaborer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie d'engagement des relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène.
- Identifier et tester des initiatives innovatrices.
- Élargir le ciblage des activités de la sensibilisation communautaire à toute la communauté.
- Veiller à l'élaboration et l'intégration des stratégies adaptées aux réalités et mode de vie des populations transhumants.
- Établir ou renforcer un mécanisme de coordination formel à tous les niveaux pouvant effectivement mener les activités d'engagement communautaire.
- Mobiliser des ressources pour l'engagement communautaire en introduisant un financement innovant et des mesures de responsabilisation appropriées pour encourager la durabilité.

Préparer le matériel nécessaire pour la mise en œuvre de la stratégie d'engagement communautaire et renforcer les capacités des intervenants clés.

- Préparer/consolider une liste des messages clés sur une variété des thèmes liés à la malnutrition, se reposant sur un répertoire des croyances locales.
 - Insuffisances dans la compréhension de la malnutrition aigüe sévère ;
 - Insuffisances dans la compréhension du programme PCIMA.
 - Adapter/actualiser des boîtes à images et/ou autre matériel imprimable pour la diffusion dans les DS et les traduire en langue/s locale/s.
- Développer le contenu des séances de sensibilisation adapté à l'audience cible.
- Développer un plan de renforcement des capacités des intervenants clés responsables pour le transfert des compétences et/ou la sensibilisation des communautés

Élaborer et plaider pour une stratégie d'augmenter la couverture géographique des sites UNA pour assurer une plus grande décentralisation.

- Dans les DS avec les zones peu peuplées où dispersées, l'utilisation des équipes mobiles devraient être considérée.
- Liée avec la stratégie de la mobilisation communautaire, une stratégie de prévention de la malnutrition est nécessaire dans ces zones très dispersées.
- Les initiatives locales existantes devraient être identifiées et les expériences positives devraient être analysées et reproduites à plus grande échelle.

Assurer la mise en place des moyens de collecte de données nutritionnelles intégrées dans le système de collecte de données sanitaires nationales.

- Élaborer une stratégie de collecte des données de routine nutritionnelles intégrées dans le système de gestion des données de santé (HMIS) pour les indicateurs clés de la qualité et efficacité du programme PCIMA.
- Assurer que les informations clés des admissions sont utilisées, selon la stratégie, pour mesurer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement des intrants et apporter les améliorations.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

Le système de santé du Tchad est organisé suivant une configuration pyramidale qui met un accent particulier sur le développement des Soins de Santé Primaires (SSP) avec une priorité sur les districts sanitaires.

Le souci du Gouvernement est d'assurer des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population et en particulier aux populations vulnérables. Pour traduire dans les faits ces préoccupations, le Gouvernement et ses partenaires du secteur ont élaboré et mis en œuvre une Politique Nationale de Santé 2007-2015 (PNS) et un Plan National de Développement Sanitaire 2009-2012 (PNDS1). Le PNDS1 a été évalué et les conclusions de cette évaluation ont contribué à l'élaboration du second Plan National de Développement Sanitaire (PNDS2)².

Le Tchad, un état continental sans accès à la mer, est classé 5ème pays le plus vaste du continent africain et couvre une superficie de 1 284 000 km². Il est limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun³.

Le pays est découpé en trois zones climatiques. Le Nord est une zone saharienne vaste (60% du territoire national) avec un climat désertique et une pluviométrie inférieure à 200 mm par an. Le Sud est une zone soudanienne (10% du territoire national) assez fortement pluvieuse (pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an), avec certaines régions quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies. On trouve entre les deux une zone sahéenne (30% du territoire national) avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm. N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone. Du fait de cette répartition climatique, on trouve au sud une végétation abondante avec des savanes arborées diminuant graduellement en allant vers le nord pour laisser place à la savane puis au désert (avec quelques ouaddis⁴).

Classé 173ème en 2004 par le Rapport sur le développement humain du PNUD, le Tchad est l'un des pays les plus pauvres du monde, malgré les ressources additionnelles générées par l'exploitation récente du pétrole dans le sud. En effet, les résultats de la deuxième enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT2) montrent que le minimum vital est atteint par une dépense d'environ 396 francs CFA (moins d'un dollar) par jour et par personne, ce qui correspond à une dépense annuelle par tête de 144 570 francs CFA (moins de 300 dollars). De plus, 55 pour cent de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, avec de fortes disparités régionales ainsi

² Rapport Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS Survey), UNICEF, Tchad 2010

³ Rapport Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS Survey), UNICEF, Tchad 2010

⁴ NB: une section du terrain qui remplit avec de l'eau après la saison des pluies, qui s'appellent les ouaddis.

qu'entre les centres urbains et les zones rurales. Cette pauvreté est reflétée par la structure de l'activité économique et par les conditions de l'habitat⁵.

La principale caractéristique démographique du Tchad est son faible niveau de peuplement et la distribution très inégale de la population entre les régions, entre les départements et les sous-préfectures et les communes.

Les niveaux de mortalité et de morbidité sont élevés. La mortalité infantile est évaluée à 102 pour mille en 2004 contre 103 pour mille en 1996-1997 et la mortalité infanto-juvénile à 191 pour mille contre 194 pour mille durant la même période. La mortalité maternelle est en hausse : 1099 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2004 contre 827 pour 100 000 naissances en 1996-1997.

Selon les résultats globaux du Deuxième Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2) de mai/juin 2009, le Tchad comptait 11 175 915 habitants dont 51 pour cent sont de sexe féminin. Cette population est essentiellement rurale (78%)⁶.

1.2. CONTEXTE NUTRITIONNEL

Le Tchad est confronté de manière cyclique à une situation d'insécurité alimentaire. En 2010, près de deux millions de personnes ont ainsi eu besoin d'une assistance alimentaire du fait de la mauvaise campagne agricole qui a entraîné une baisse drastique de la production céréalière (réduction de 34% par rapport à la moyenne des campagnes précédentes). A l'insécurité alimentaire s'ajoute d'autres facteurs de malnutrition tels que le faible accès des populations aux soins de santé, les pratiques inadéquates en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le faible accès aux mesures d'hygiène et d'assainissement. Ceci a entraîné une dégradation de la situation nutritionnelle des couches les plus vulnérables, particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

La malnutrition est un problème endémique au Tchad. Entre 2000 et 2010, le taux d'insuffisance pondérale est passé de 28% à 30%, la malnutrition chronique de 28% à 39% et la malnutrition aiguë de 14,6% à plus de 16%⁷. Un enfant sur cinq naît avec un petit poids et seulement 3,4% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois⁸. La bande sahélienne du Tchad est la partie du pays la plus affectée par la crise nutritionnelle. L'enquête nutritionnelle SMART menée en septembre 2014 par l'UNICEF, le Ministère de la Santé Publique, et d'autres partenaires a montré des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) largement au-dessus du seuil d'urgence de 15% dans la plupart des régions de la bande sahélienne⁹. Les résultats de la MAG et de la

⁵ Informations démographiques et géographiques du rapport INSEED, Tchad 2010

⁶ Recensement national du Tchad, INSEED, 2009 (mise à jour annuelle selon démographie nationale)

⁷ Rapport Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS Survey), UNICEF, Tchad 2010

⁸ Rapport Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS Survey), UNICEF, Tchad 2010

⁹ Évaluation de la situation nutritionnelle et de mortalité dans les régions de la bande Sahélienne du Tchad, rapport SMART, UNICEF, 2014

malnutrition aigüe sévère (MAS) sont présentés dans le tableau 1, selon mesure du périmètre brachial (PB), avec ou sans œdèmes, et selon les mesures de poids taille.

Tableau 1 : Taux de MAG et MAS selon PB, avec ou sans œdèmes, et rapport du poids-taille, SMART Tchad 2014¹⁰

	PB, avec ou sans œdèmes	Poids-Taille (Z-score)
MAG	4,6 % (IC 95% : 4,2-5,1)	12,4 % (IC 95% : 11,7-13,1)
MAS	0,9 % (IC 95% : 0,8-1,2)	2,2 % (IC 95% : 1,9-2,5)

Cette situation nutritionnelle critique dans les régions sahéniennes du Tchad a conduit le Ministère de la Santé Publique du pays à la mise en place, entre autres, du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA), ainsi qu'au renforcement du système de surveillance nutritionnelle, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF.

A partir de 2010, le programme PCIMA s'est développé dans les 11 régions de la bande sahénienne, contribuant à la prise en charge de plus de 650,000 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) dans les Unités Nutritionnelles Ambulatoires (UNA) et les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques (UNT) et plus de 700,000 souffrant de malnutrition aigüe modérée (MAM) dans les Unités de Nutrition Supplémentaires (UNS). En 2014, le PCIMA reposait sur un ensemble de 372 UNS, 450 UNA intégrées aux centres de santé, et 32 UNT portées par les hôpitaux de district¹¹.

Le système de suivi régulier de la situation institué depuis 2010 comporte deux enquêtes nutritionnelles annuelles selon la méthodologie SMART, une première en période de soudure (mai à septembre) et une deuxième en période post récolte (octobre à avril). Le suivi du programme comporte aussi la collecte et l'analyse des données de routine, et des enquêtes de couverture de programme. Cette année, les enquêtes nutritionnelles sont complétées par cette enquête SLEAC, sur la couverture et l'accessibilité.

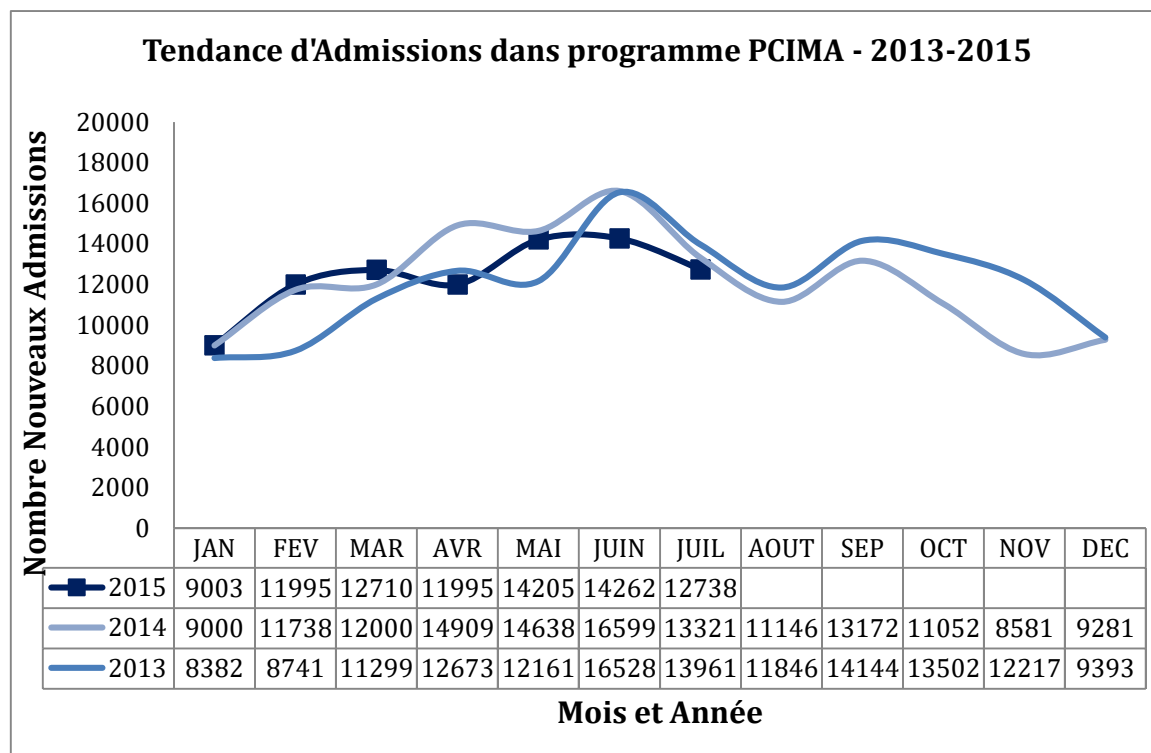
Les tendances des admissions, présentées dans le graphique 1, montrent que les admissions varient selon le calendrier saisonnier. Il y a typiquement une élévation des admissions entre les mois de mars et juin, la période de soudure, et une diminution pendant les récoltes et les travaux champêtres en juillet et août. Avec une augmentation légère après les récoltes, en septembre quand les mères retournent au CdS. Les tendances de cette année, 2015, montre une situation modérément changée avec une augmentation en juin moins remarquable. La diminution des admissions qui se

¹⁰ Évaluation de la situation nutritionnelle et de mortalité dans les régions de la bande Sahélienne du Tchad, rapport SMART, UNICEF, 2014

¹¹ Données globales d'Admissions aux UNA du Cluster Nutrition, UNICEF, 2010-2015

présente en avril 2015 est intéressante comme c'est si différent qu'une augmentation prévue dans les années précédentes.

Graphique 1 : Tendance d'admissions dans programme PCIMA pour bande sahélienne, UNICEF Tchad 2013-2015



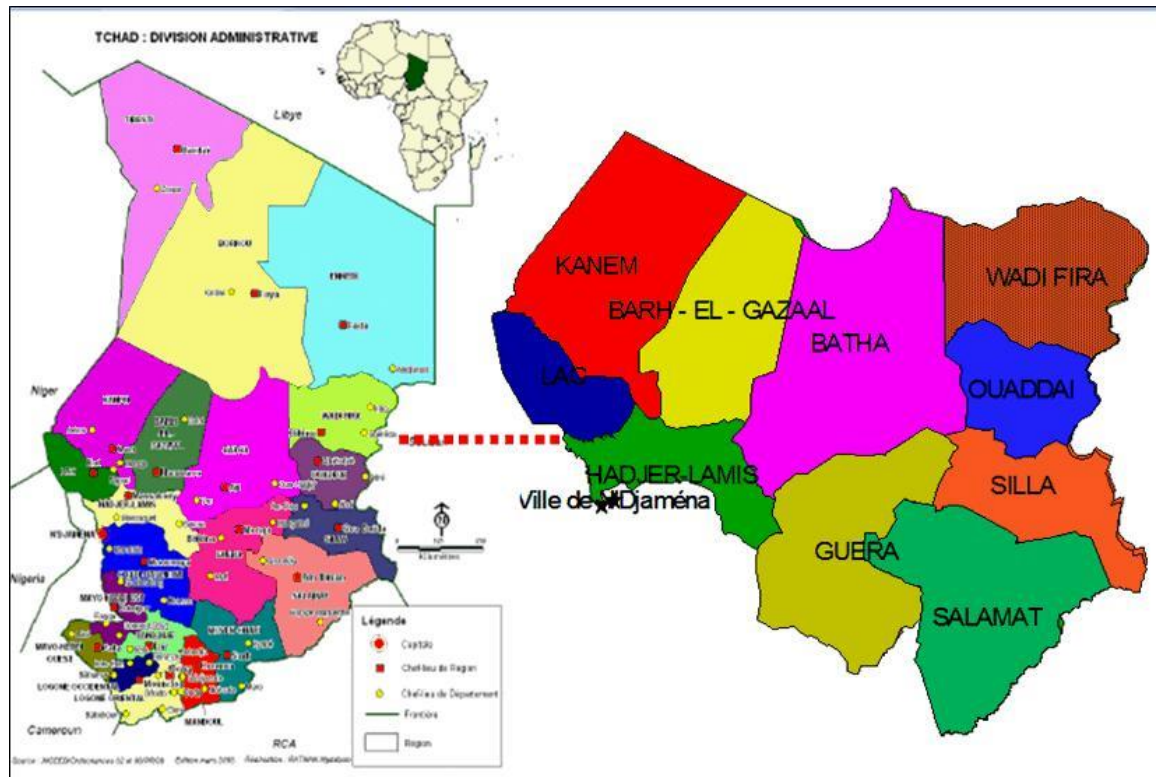
Finalement, le MSP du Tchad n'a pas un Système d'Information Nutritionnelle qui intègre les indicateurs de performance du programme PCIMA. Actuellement, les données de routine des indicateurs du programme PCIMA sont enregistrées dans les registres au niveau des CdS, mais certains de ces indicateurs (gain de poids, durée de séjours,..) ne sont pas remontés au niveau national pour évaluation¹².

1.3. JUSTIFICATION ET ZONE DE L'ENQUÊTE

Il est important de mesurer et de quantifier les niveaux d'utilisation des services par la population cible, de comprendre les raisons pour lesquelles certaines zones peuvent bénéficier d'une plus haute utilisation que d'autres, et de tirer des leçons des deux scénarii. Il est également important de comprendre quels sont les obstacles auxquels la population est confrontée ou, par contre, les facilités d'atteindre les services afin que des mesures puissent être mises en place pour soit les surmonter, soit les encourager, avec des leçons apprises partagées et disséminées à d'autres régions. À cet effet, une enquête de couverture a été réalisée dans onze régions dans la bande sahélienne au Tchad. Les régions sont présentées dans la carte 1.

¹² Rapport Évaluation Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aigue, Tchad 2012, UNICEF

Carte 1 : Régions de la bande sahélienne du Tchad inclus dans l'enquête, SLEAC Tchad 2015



2. OBJECTIFS

L'objectif général de l'étude était d'estimer les classifications de couverture pour les districts sanitaires dans 11 régions de la bande sahélienne à savoir Barh-El-Ghazel, Batha, Guéra, Hadjer-Lamis, Kanem, Lac, Ouaddaï, Salamat, Sila, Wadi-Fira, et la ville de N'Djaména selon la méthodologie SLEAC. En dehors de la méthodologie SLEAC, l'intérêt était de collecter les informations de routine pour évaluer la gestion des programmes PCIMA pour ces régions.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Classifier la couverture du programme PCIMA dans chaque région ;
- Estimer le taux de couverture du programme PCIMA au niveau régional ; et,
- Décrire les caractéristiques anthropométriques à l'admission ; la proportion d'erreurs à l'admission ; la durée moyenne de séjour et le gain pondéral moyen.

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

La méthode a été développée pour mesurer la couverture des programmes offrant des services de Prise en charge de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) à travers de nombreuses unités de prestation de services, tels que dans les programmes nationaux ou régionaux fournissant les services de la PCIMA dans les districts de santé par l'intermédiaire des centres de soins de santé primaires.

La méthode classe la couverture du programme pour une unité de prestation de services, telle qu'un district de santé utilisé comme l'unité de mesure dans cette enquête. Une enquête SLEAC identifie la catégorie de couverture (par exemple « couverture faible », « couverture modérée » ou « couverture élevée ») qui décrit la couverture de l'unité de prestation de services évaluée. La méthode de classification est dérivée de la technique de classification LQAS simplifiée qui permet une classification à deux ou trois niveaux. Dans la présente enquête, une méthode de classification à trois niveaux a été utilisée dans le but de distinguer les unités de service à couverture très élevée des unités de services à couverture très faible (cf. section 3.3 pour plus d'information sur la classification).

L'avantage de cette approche est qu'il suffit d'un échantillon relativement petit (par exemple, $n = 40$) pour effectuer une classification précise et fiable. La méthode SLEAC permet également d'estimer la couverture sur plusieurs districts sanitaires. Les données provenant des différentes unités de prestation de services sont combinées et la couverture pour une zone plus vaste est estimée à partir de cet échantillon combiné ; en assurant une homogénéité pour comparaison.

3.1. ÉCHANTILLONNAGE

SLEAC utilise un échantillonnage en deux étapes: la première étape, la méthode d'échantillonnage de premier degré, est la détermination du nombre de villages à enquêter en utilisant la taille de l'échantillon attendu. Le but est d'assurer le choix des villages en utilisant l'échantillonnage géographique systématique centré (ou la méthode par quadra), ou une liste complète des villages par DS. La méthode d'échantillonnage de premier degré doit être de type spatial pour obtenir un échantillon suffisamment uniforme de la zone d'intervention couverte par le programme.

La deuxième étape, la méthode d'échantillonnage dans la communauté, est l'utilisation de la méthode de recherche des cas de MAS active et adaptative (cf. section 3.1.2. pour une description détaillée) dans la communauté en utilisant une définition de cas (cf. section 3.1.2.) pour visiter les ménages avec les enfants âgés de 6 à 59 mois qui remplissent les critères de définition.

3.1.1. PREMIÈRE ÉTAPE D'ÉCHANTILLONNAGE

Dans la première étape d'échantillonnage, une liste des villages pour chaque district sanitaire (DS) d'origine du recensement du 2009, a été obtenue de l'Institut National de

la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) du Tchad¹³. Ces listes ont été utilisées comme base d'enquête pour sélectionner les villages à échantillonner. Tous les villages échantillonnés ont été sélectionnés à partir de ce cadre sur la base de la conception proposée pour l'enquête. Enfin, une liste des villages sélectionnés a été fournie à chaque superviseur des équipes pour effectuer les visites et mener l'enquête dans chaque DS.

Plusieurs limitations principales d'échantillonnage ont été soulevées au cours de l'enquête ; notamment :

1. En raison de la mobilité et/ou transhumance de la population dans certaines zones, les villages délimités lors du dernier recensement effectué en 2009 ne représentent plus la répartition démographique actuelle. Pour cette raison, certains villages inclus dans la base de l'échantillonnage se sont retrouvés inhabités. Au sein de l'enquête, ces villages qui n'ont pas été retrouvés ont été remplacés par les villages géographiquement plus proches.
2. Depuis 2009, certains villages ont connu des modifications et des extensions démographiques considérables qui ne figurent pas dans les listes utilisées pour l'échantillonnage. Dans certains cas, il y a des quartiers entièrement pas visités pendant le recensement de 2009 et alors ne figurent pas sur la liste des villages pour le district sanitaire, surtout les villages éloignés au nord de la région sahélienne.
3. Il y a eu aussi certaines parties des DS qui n'ont pas été accessibles pendant l'enquête dû aux faits d'inaccessibilité géographique ou bloquées par la saison des pluies, et les grands ouaddis qui se créent pendant ce temps de l'année. De plus, dans la région du Lac, l'inaccessibilité a été liée avec les activités militaires dans la région et les insécurités ultérieures qui en résultent¹⁴.

Une taille d'échantillon cible de 40 ($n = 40$) cas de MAS de chaque zone dans laquelle la couverture doit être classée est généralement suffisante pour la plupart des utilisations de la méthode SLEAC. La taille de l'échantillon était calculée pour chaque DS dans les 11 régions incluses dans l'enquête. Pour 13 des 32 DS visités, une taille d'échantillon de 40 a été utilisée.

Pour les 19 DS restants, une taille d'échantillon réduite a été déterminée, soit parce que la population moyenne des villages était peu nombreuse, soit parce que la prévalence de la MAS était faible. Les tailles de ces échantillons ont été décidées à partir du tableau de référence suivant tiré de la référence technique SQUEAC-SLEAC¹⁵.

¹³ Recensement national du Tchad, INSEED, 2009 (mise à jour annuelle selon démographie nationale)

¹⁴ NB: ces circonstances se sont présentées dans la carte de la couverture dans section 4.1.2.

¹⁵ Référence technique SLEAC/SQUEAC, FHI360, Aout 2015

Tableau 2 : Tableau référence échantillon, SLEAC Tchad 2015

<i>Nombre total de cas dans l'unité de prestation de services*</i>	<i>Taille d'échantillon cible pour...</i>	
	<i>standard 50 %</i>	<i>standard 70 % ou seuil de classification 30 %/70 %</i>
500	37	33
250	35	32
125	31	29
100	29	26
80	27	26
60	25	25
50	23	22
40	21	19
30	17	18
20	15	15

Pour décider le nombre de villages à visiter dans chaque DS, la méthode SLEAC utilise la taille d'échantillon cible (n) ainsi que les estimations de prévalence et de population. Ceci définit le nombre de villages qui doivent être échantillonnés pour atteindre la taille d'échantillon cible. Une estimation du nombre de villages nécessaires dans chaque district de santé a été calculée selon la formule suivante :

$$n_{\text{villages}} = \left\lceil \frac{n}{\text{pop. moyenne par village}_{\text{tous les ages}} \times \frac{\% \text{ de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100}} \right\rceil$$

Diverses sources de données ont été consultées pour estimer le nombre de cas de MAS dans un DS au moment de l'enquête. Il s'agit :

- des estimations de MAS issues de l'enquête nutritionnelle SMART 2014 ;
- des profils d'admissions des trois dernières années (issus de la base de données CNNTA et UNICEF) – pour vérification des tailles d'échantillon¹⁶ ;
- des projections de la population issues de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Démographiques du Tchad¹⁷.

Pour calculer la taille d'échantillonnage pour chaque DS, une estimation de la prévalence de cas de MAS, selon les résultats SMART, a été utilisée, dont la moyenne entre le résultat SMART et l'intervalle de confiance inférieur. Cela a été fait pour assurer d'atteindre le nombre de cas de MAS cible ; sauf que dans certains DS la taille de

¹⁶ Pour les DS avec une taille d'échantillon supérieur à 100 villages à visiter, une évaluation en utilisant les données d'admissions a été utilisée pour justifier ce chiffre.

¹⁷ Recensement national du Tchad, INSEED, 2009 (mise à jour annuelle selon démographie nationale)

l'échantillon n'a pas été atteinte puisque la prévalence avait été surestimée ou la taille moyenne des villages était sous-estimée (cf. résultats par district – Tableau 2).

La taille d'échantillon cible (n) des cas de MAS, ainsi que les estimations de la prévalence de la MAS dans la zone d'enquête et les données de la population, ont été utilisées pour calculer le nombre de villages dans chaque DS à échantillonner.

Sur cette base, les villages ont été sélectionnés suivant une procédure systématique d'échantillonnage aléatoire pour chaque DS.

- **Étape 1** : Les listes de villages ont été déterminées pour chaque DS.
- **Étape 2** : Un intervalle d'échantillonnage (pas de sondage) a été calculé à l'aide de la formule d'intervalle. En divisant le nombre de villages totaux par le nombre de villages à visiter selon l'échantillonnage.
- **Étape 3** : Un village de départ aléatoire a été sélectionné à partir du haut de la liste à l'aide d'un nombre aléatoire compris entre 1 et la partie entière du pas de sondage. Le nombre aléatoire a été généré par le générateur de nombres aléatoires en utilisant une liste.

Au total, 1464 villages ont été sélectionnés pour être visités dans les 11 régions de l'enquête. Les calculs et villages totaux par DS se trouvent ci-dessous dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Taille d'échantillonnage par DS de l'enquête, SLEAC Tchad 2015

Région	District sanitaire	Pop totale	Pop moyenne village	Prévalence MAS ajustée * (%)	No. de cas MAS estimé	Taille Echantillon Ciblé	No. de villages à visiter
Barh El Ghazal	Chaddra	83,046	285	1,3	182	35	56
	Moussoro	174,221	350	3,2	942	40	21
Batha	Ati	197,712	321	3,5	1398	40	18
	Oum Hadjer	80,343	136	1,5	243	35	85
	Yao	110,403	449	1,4	312	37	29
Guéra	Bitkine	199,880	497	0,5	174	35	81
	Mangalmé	94,907	362	1,2	211	35	44
	Melfi	103,572	266	1,2	240	35	57
	Mongo	172,447	854	1,5	483	37	15
Hadjer Lamis	Bokoro	228,440	381	1,2	535	40	45
	Massaguet	150,070	244	1,2	337	40	73
	Massakory	183,348	239	2,5	876	40	35
Kanem	Mao	153,176	224	3,9	997	40	27
	Mondo	89,246	147	2,5	377	37	60
	Noukou	59,469	163	1,0	101	31	113
	Rig-rig	31,496	144	2,3	120	31	56
Lac	Bagassola	98,665	123	1,1	206	35	137
	Bol	111,450	296	1,4	296	37	47

	Ngouri	210,891	170	2,3	922	40	54
Ouaddai	Abdi	106,881	386	3,3	650	40	17
	Abéché	328,647	518	2,5	1506	40	17
	Adré	285,638	474	2,1	1095	40	22
Salamat	Aboudeia	64,679	567	0,8	100	31	35
	Amtiman	182,207	603	1,3	460	37	24
	Haraze	PAS ACCESSIBLE PENDANT SAISON DE PLUIES					
Sila	Amdam	81,528	383	0,4	51	25	105
	Goz-beida	305,933	1410	1,8	835	40	10
Wadi Fira	Biltine	169,050	581	1,2	375	37	29
	Guéréda	179,380	481	0,9	282	37	49
	Iriba	113,674	484	2,8	578	40	16
	Matadjana	46,279	221	1,6**	137	35	53
N'Djamena	Centre	PAS DE PROGRAMME PCIMA					
	Est	PAS DE PROGRAMME PCIMA					
	Nord	75,203	1122	1,3	149	32	14
	Sud	344,324	1230	1,1	576	40	19
						Villages Totaux	1464

* Ces chiffres sont égaux à la moyenne entre la prévalence du DS et la borne inférieure de l'intervalle de confiance.

** Ce chiffre ne figure pas dans la SMART 2014, alors c'est une estimation basée sur la moyenne de la prévalence régionale.

3.1.2. DEUXIÈME ÉTAPE D'ÉCHANTILLONNAGE

Pour la recherche des cas des enfants malnutris au cours de la deuxième étape, deux méthodes distinctes ont été utilisées pour les villages urbains et ruraux.

Milieu rural :

La méthode d'enquête de couverture SLEAC utilise une méthode de recherche active des cas dans le cadre de laquelle les équipes de l'enquête visitent les villages et, avec l'aide d'informateurs et d'accompagnants locaux, recherchent activement les enfants répondant aux critères d'admission des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS).

Pour que cela fonctionne bien, les équipes d'enquête doivent avoir une question de recherche de cas traduite dans la langue locale et en accord avec les perceptions et les croyances locales en ce qui concerne les enfants MAS. Cela s'appelle la définition de cas.

Pour développer la définition de cas, des enquêtes de couverture antérieures menées dans des pays de différents contextes, et celles menées au Tchad, ont été consultées pour rendre la méthode de recherche de cas plus fiable. La malnutrition au Tchad est souvent méconnue ou caché dans le village, dû aux croyances culturelles ou la honte

associée avec cette maladie, alors la définition de cas était formulée pour éviter les mots précis dans la définition de la malnutrition.

La question de base de recherche de cas a été formulée comme telle :

‘Pouvez-vous m’emmener voir les enfants qui étaient récemment malades, qui ont eu la diarrhée ou la fièvre, ou qui sont récemment allés dans un centre de santé ?’

Les expressions locales spécifiques pour la malnutrition, incluant les termes comme marasme ou la kwashiorkor et d’autres comme maigre et manque d’appétit étaient couramment employées pour mieux effectuer la recherche des cas.

Les expressions utilisées pour ces travaux sont résumées dans l’annexe 1.

En utilisant la définition de recherche de cas prédéterminée, les équipes sont allées dans les ménages pour trouver les enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont été récemment malades, ou qui sont allés au centre de santé ou qui ont récemment eu de la diarrhée ou la fièvre. Cela assure que les enfants ‘à risque’ de la malnutrition sont dépistés pendant l’enquête, référés si besoin, et notés comme couverts, en voie de guérison ou non couverts dans un programme de la PCIMA.

Pour les enfants identifiées comme malnutris, une étape de vérification a été effectuée pour déterminer si les enfants sont couverts ou non couverts. Pour être considérés couverts, les enfants devraient s’identifier comme dans un programme de UNA (MAS) ou UNS (MAM), et vérifier visuellement avec une revue du carnet de santé et voir les sachets de PlumpyNut® ou PlumpySup®/farine enrichie.

Les membres du CNNTA, ainsi que l’équipe des superviseurs, ont indiqué que les agents de la santé communautaire (ASC) ou relais communautaires (ReCom) (bénévoles communautaires identifiés par la communauté et formés par les agents du CdS qui représentent le CdS au niveau communautaire) étaient présents dans la majorité des communautés enquêtées et ont demandé qu’ils servent d’informateurs locaux pour l’enquête de couverture. Pour cette raison, il a été décidé que les ReCom, s’ils étaient présents, seraient utilisés à titre d’informateurs clés. Dans les autres villages, un informateur clé a été choisi parmi les gens du village pour assister dans l’enquête. En général, la méthodologie de recherche de cas active et adaptative, comme une méthode de la boule de neige, a été adoptée pour trouver les cas. Cela implique que les énumérateurs demandent aux informateurs clés s’ils connaissent les enfants selon la définition de cas, et visitent les ménages avec ce type d’enfant. Ensuite, les énumérateurs demandent aux répondants et femmes des ménages s’ils connaissent d’autres enfants, pour compléter la liste de ménages à visiter dans le village. Le réseau des femmes était la principale source d’information dans le processus. Les détails figurent dans le manuel de terrain dans l’annexe 2.

Milieu urbain :

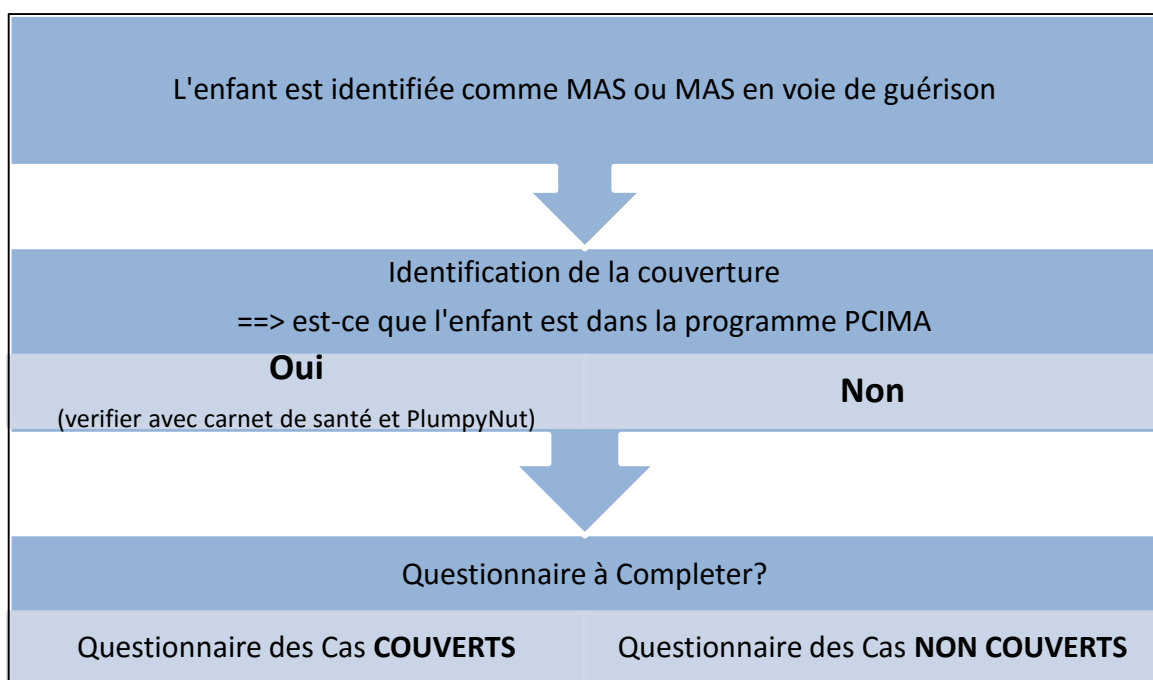
Dans les zones urbaines et périurbaines, comme la ville de N’Djamena, c’est la méthode porte-à-porte qui a été utilisée pour la recherche de cas. En effet, il a été estimé que la recherche de cas active et adaptative ne fonctionnerait pas bien dans les zones

urbaines, comme on ne trouve pas de circulation de l'information fluide dans les communautés urbaines. Alors que dans le milieu urbain, tous les enfants de l'âge de 6 à 59 mois sont dépister et évaluer selon les critères d'admissibilité pour l'enquête SLEAC.

3.1.3. QUESTIONNAIRES DES CAS DE MAS

En suivant la méthodologie des recherches des cas active et adaptative, une liste des enfants malnutris a été fournie dans chaque village. Pour les enfants identifiés comme MAS, ou avec les mesures de MAM et en voie de guérison, un questionnaire des cas couverts (annexe 3) a été réalisé avec un répondant principal, spécifiquement la mère, pour mieux comprendre l'accessibilité pour les programmes PCIMA dans le DS. De l'autre sens, pour les enfants MAS qui ne sont pas dans un programme PCIMA, un questionnaire des cas non couverts (annexe 4) a été réalisé avec le répondant. Le schéma 1 représente l'arbre des décisions qui a été utilisé pour identifier quelle questionnaire à remplir selon le cas des enfants MAS ou MAS en voie de guérison.

Schéma 1 : Arbre des décisions des questionnaires pour les cas de MAS, SLEAC Tchad 2015



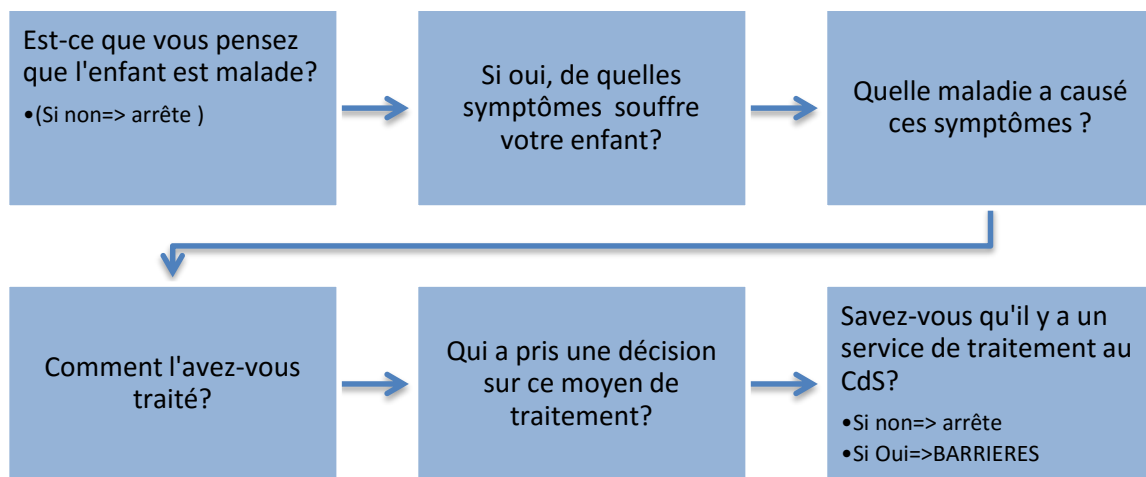
Pour les enfants identifiés avec les mesures de MAS et de MAM non couverts, les enfants ont été référés au CdS le plus proche avec les services PCIMA et leurs mesures indiquées sur la fiche de dépistage (annexe 5). Dans les villages sans enfants malnutris, le village a été coché comme visité et les équipes ont poursuivi dans le prochain village sur les listes.

L'objectif principale des questionnaires est de collecter les informations sur l'accès aux programmes de PCIMA, soit les facilitateurs, soit les barrières. Sur chacun des

questionnaires, il y a les questions additionnelles pour mieux comprendre le contexte d'accès. Dans le questionnaire des cas couverts, les questions demandent si les enfants ont été déjà dans le programme, et pourquoi ils ont quitté le programme auparavant, et s'il y a d'autres enfants qui sont aussi dans le programme. Dans le questionnaire des cas non couverts, les questions abordent les sujets de la reconnaissance des maladies; leurs compréhensions sur les symptômes de la maladie reconnue, quelles maladies souffrent l'enfant et les traitements pris. (Les résultats se présentes dans les parties 4.2. et 4.3).

Le schéma 2 représente la suite des questions dans le questionnaire des cas non couverts qui a été utilisée pour comprendre la reconnaissance de la maladie, qui nous mènent à enrichir la compréhension du contexte des barrières. Par exemple, si le répondant ne considère pas que l'enfant est malade, on lui demande pas s'il a choisi un traitement pour l'enfant. Il faut arrêter l'entretien.

Schéma 2 : Visualisation des questions du questionnaire des cas de MAS non couverts, SLEAC Tchad 2015



3.2. ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

L'enquête a déployé 51 équipes de 2 personnes qui ont travaillé en tant que collecteurs de données (énumérateurs), sous la direction de 9 superviseurs responsables pour la réalisation de l'enquête sur le terrain. En plus, chaque superviseur a eu un saisisseur des données pour une saisie quotidienne. Cinq des neuf superviseurs font partie du CNNTA, les autres sont des superviseurs expérimentés dans les enquêtes SMART et SQUEAC. Une consultante a été recrutée par UNICEF pour la gestion de l'enquête, de la planification et la collecte de données à la rédaction du rapport final.

L'enquête a été organisée en août et septembre 2015, avec la collecte des données sur le terrain débutant le 24 août. Le nombre de jours, villages à visiter ainsi que le nombre

de CdS pour la collecte des données de routine ont été déterminés dans chaque région.. La planification complète se retrouve dans l'annexe 6 avec un sommaire ici dans le tableau 4.

Tableau 4 : Nombre de jours de collecte de données par région, SLEAC Tchad 2015

Région	No de DS visiter	No de Jours pour collecte des données
Barh El Ghazal	2	9
Batha	3	15
Guéra	4	14
Hadjer Lamis	3	14
Kanem	4	16
Lac	3	16
Ouaddai	3	10
Salamat	2	7
Sila	2	10
Wadi Fira	4	15
N'Djamena	2	3
TOTAL	32	129
		No de Jours Moyen par DS: 4 jours

3.2.1. FORMATION DES ÉQUIPES

Tous les énumérateurs et superviseurs ont suivi une formation de deux jours. La formation comprenait des séances théoriques, telles que sur les sujets des objectifs du SLEAC et la méthodologie, les procédures sur le terrain, et les séances pratiques telles que la prise de mesures anthropométriques par le PB et les œdèmes. La formation comprenait également des informations d'introduction sur la PCIMA au Tchad et la terminologie clé nécessaire sur le terrain.

Les superviseurs ont aussi assistés à une formation de 3 jours supplémentaires, 2 avant la formation avec les énumérateurs pour assurer une compréhension sur la méthodologie et leurs rôles sur le terrain; et 1 jour complémentaire avec les 9 saisisseurs, responsables pour la saisie quotidienne des données, pour pratiquer la saisie sur les 4 bases de données développer pour le SLEAC.

3.2.2. ORGANISATION SUR LE TERRAIN

Avec un manque de cartes assez détaillées dans tous les DS, les équipes ont été responsabilisées pour discuter avec les Chef de Zone et/ou les Médecins Chef du District (MCD) et Préfets dans les DS pour clarifier les axes de travail pour visiter les villages échantillonnés. Alors la planification détaillée des équipes était sous la responsabilité des superviseurs. La planification des équipes se trouve dans l'annexe 6.

Un manuel de terrain a été préparé et distribué aux superviseurs et énumérateurs pour clarifier les procédures sur le terrain, cela se retrouve dans l'annexe 2. Cela a permis dans une certaine mesure, de s'assurer que la méthodologie a été suivie d'une manière uniforme malgré la distance du superviseur et/ou le manque de réseaux téléphonique. Toutes autres questions et clarifications ont été discutées avec la consultante tout au long de l'enquête pour diriger la collecte de données.

Pendant l'enquête, les activités ont été supervisées par la consultante, en visite avec 6 des 9 superviseurs sur le terrain; ainsi que par les superviseurs quotidiennement pour toutes les équipes. Les superviseurs sont sensés visiter leurs équipes au moins une fois chaque 5 jours, pour assurer un suivi régulier et diriger la collecte des données. Un formulaire de supervision a été développé pour assister les superviseurs d'identifier les points d'amélioration, qui se retrouve dans annexe 7.

Selon le troisième objectif du SLEAC, les équipes ont aussi collectés les données de routine dans les UNA, incluant les informations sur l'anthropométrie des admissions et sorties, la durée de séjour et le gain de poids moyen. Dans chaque DS, il y avait 15 % des CdS avec UNA qui ont été sélectionnés aléatoirement pour être visités afin de copier les données des registres, avec la fiche de collecte de données dans l'annexe 8. Selon la formation, les équipes ont été chargées de collecter les informations des registres du 1^{ier} janvier au 31 juillet 2015, pour avoir une analyse d'au moins 6 mois. Toutes les données ont été collectées par les équipes sur le terrain.

3.3. SEUILS ET ESTIMATION DE LA COUVERTURE

Les seuils de couverture suivants ont été définis :

Couverture faible : Inférieure à 20 %

Couverture modérée : Entre 20 % et 50 %

Couverture élevée : Supérieure à 50 %

Ces normes ont été utilisées pour créer des règles de décision à l'aide des formules générales suivantes¹⁸ :

$$d_1 = \left\lfloor n \times \frac{p_1}{100} \right\rfloor \quad d_2 = \left\lfloor n \times \frac{p_2}{100} \right\rfloor$$

n = est la taille de l'échantillon obtenue lors de l'enquête

p1 = est le seuil de couverture inférieur (c'est à dire 20% pour la couverture actuelle)

p2 = est le seuil de couverture supérieur (c'est à dire 50% pour la couverture actuelle).

Les taux de couverture du programme ont été calculés pour le niveau régional et les classifications de couverture (faible, modérée, élevée) ont été calculées pour chaque DS séparément.

¹⁸ Référence technique SLEAC/SQUEAC, FHI360, Aout 2015

3.4. JUSTIFICATION DU CALCUL D'ESTIMATION DE LA COUVERTURE

Les estimations et les classifications présentées ont été calculées en utilisant l'estimation de couverture actuelle (cf. section 3.5).

L'estimateur 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 et du recrutement. Ce calcul est préférable si les programmes présentent avec un faible niveau de recherche de cas et de recrutement, et des durées de séjour longues à cause d'une présentation et/ou d'une admission tardives. Dans les enquêtes nationales, l'hétérogénéité des différentes régions rend le choix d'un estimateur de couverture appropriée pour l'ensemble du pays plus difficile. L'utilisation des mêmes estimateurs de couverture permet de comparer entre les régions et avec d'autres enquêtes nationales.

L'estimation de couverture actuelle a donc été choisie comme l'estimation de la couverture la plus appropriée pour cette enquête dans le but d'étudier l'état le plus actuel de la couverture de nouveaux cas de MAS au moment de l'enquête.

Estimations de la couverture par région : Les données individuelles provenant des unités de prestation de services (pour ce SLEAC les DS), sont combinées et la couverture de l'ensemble de la zone est estimée à partir de cet échantillon combiné. Dans les enquêtes SLEAC, le niveau de couverture général pour l'ensemble de la zone n'est valable que si la taille de l'échantillon global est d'environ 96 (ou plus). On estime que la taille de l'échantillon est généralement suffisante pour un intervalle de confiance de 95 % de ± 10 points de pourcentage ou mieux.

Le calcul de l'estimation de couverture est présenté ici :

$$Couverture = \Sigma \left[w \times \frac{c}{n} \right]$$

c : nombre de cas couverts trouvés au cours de chaque enquête

n : nombre de cas couverts fréquentant le programme plus nombre de cas actuels **ne fréquentant pas** le programme trouvés au cours de chaque enquête

w : facteur de pondération pour chaque enquête, où le *facteur de pondération* pour chaque enquête est :

$$w = \frac{N}{\Sigma N}$$

N : Nombre de cas estimé dans une unité de prestation de services enquêtée

ΣN : La somme des N de toutes les unités de prestation de services enquêtées

3.5. LIMITATIONS ET LEÇONS APPRIS

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

Les défis et limitations rencontrées comprennent :

- Selon la largeur de l'enquête, et le temps pour l'effectuer, les séances de formation comprennent plus de 100 personnes. Cela a empêché la consultante d'évaluer la compréhension des concepts généraux de l'enquête des énumérateurs. Une évaluation des mesures anthropométriques et le remplissage des questionnaires ont été faits individuellement.
- Plus de 50 % des énumérateurs recrutés n'ont jamais eu les expériences avec les programmes PCIMA et donc n'avaient pas de l'expérience dans la prise des mesures anthropométriques, la terminologie et termes clés du PCIMA, ni une expérience avec les enquêtes nutritionnelles.
- Sur le terrain, le mauvais réseau téléphonique dans certaines régions a empêché la communication en temps opportun des superviseurs avec la consultante pour les questions d'importance.
- Dans 22 des 32 DS, il n'y avait pas la collecte de données sur les cas en voie de guérison ; une perte d'information clé pour l'enquête. Ainsi la couverture a été classifiée par la mesure de point pour tous les DS, et non par la mesure de *l'estimation de couverture unique*¹⁹. L'information nécessaire de collecte sur le terrain était incluse dans le manuel de terrain, ainsi que pratiquer pendant la formation.
 - Cela nous montre que les énumérateurs ont identifiés les enfants de MAS en voie de guérison comme les enfants de MAM et n'ont pas complété le questionnaire pour les cas couverts.
- Un manque des cartes, détaillées et mises à jour, des régions ne permettaient pas de vérifier une distribution géographique des villages échantillonnés dans chaque district avant la collecte de données.
- Pendant la saison pluvieuse, il y a eu des villages non accessibles et dangereux, ce qui a exigé que les équipes remplacent ces villages avec d'autres plus proche. Alors que les villages les plus éloignés risquaient d'être ignorés.
- En plus, pendant cette saison, il y a des travaux aux champs où plusieurs familles, et surtout les mamans avec leurs enfants se retrouvent dans les champs, et non disponibles pour assurer que tous les enfants malades ont été vérifiés. Dans certains villages, les mères ont été demandées par les chefs de villages de retourner des champs, mais pas dans tous les villages.

¹⁹ Estimation de couverture unique est le calcul de couverture utilisé dès Mars 2015, SLEAC et SQUEAC, Field Exchange Report, Emergency Nutrition Network, Issue 49, Mars 2015

4. RÉSULTATS

4.1. RÉSULTATS GÉNÉRAUX

La collecte des données a été réalisée dans 32 DS sur un total de 35 DS originalement planifiés dans les zones accessibles avec des programmes de la PCIMA.

4.1.1. RÉSULTATS CAS DE MAS

Les équipes ont identifiés un total de 1 846 enfants âgés de 6 à 59 mois avec les critères de MAS (<115mm PB, et /ou avec œdèmes). Parmi eux, 588 étaient inscrit dans le programme aux UNA au moment de l'enquête et 1 258 n'y étaient pas.

Le tableau 5 présente certaines caractéristiques des cas identifiés.

Tableau 5 : Caractéristiques des Cas de MAS de l'enquête, SLEAC Tchad 2015

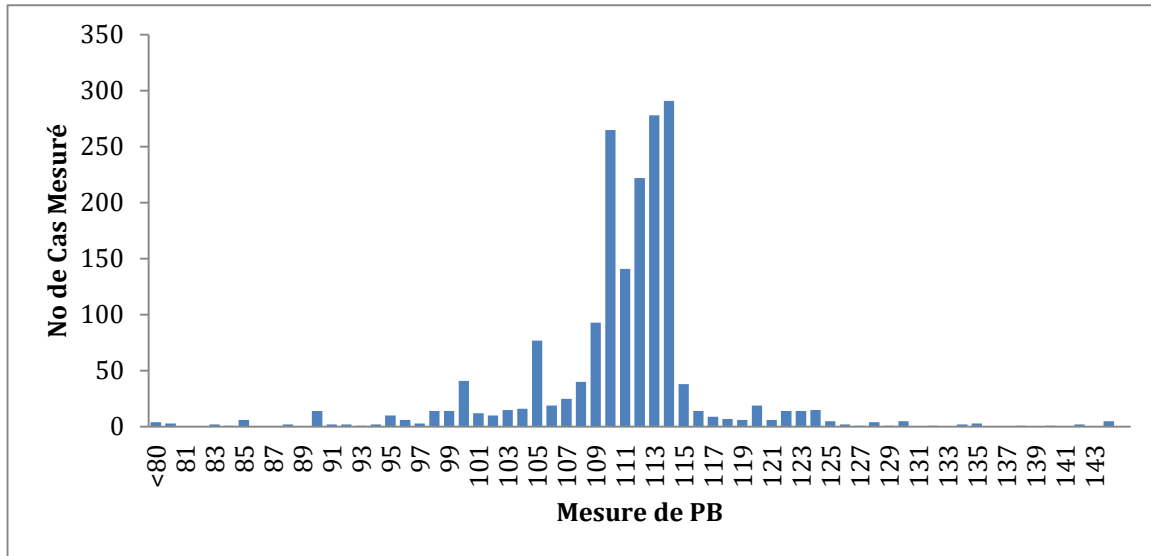
Catégorie	Caractéristiques de la Catégorie	Nombre	Pourcentage
Sexe	TOTAL	1845	
	Féminin	1001	54%
	Masculin	844	46%
Age	TOTAL	1845	
	6 à 23 mois	1319	71%
	24 à 59 mois	526	29%
Etat Nutritionnel			
PB	TOTAL	1845	
	<100mm	86	5%
	≥100mm et <115mm	1584	86%
	≥115mm	175	9%
Œdèmes	TOTAL	169	
	+	121	72%
	++	42	25%
	+++	6	4%
Perception de la Distance au CdS	TOTAL	1845	
	Près	838	45%
	Loin	578	31%
	Très Loin	429	23%

Sexe : La proportion des filles est légèrement plus importante que celles des garçons, mais ce n'est pas une différence significative (Chi2 : 2.5805, p-valeur=0.108185).

Âge : Les résultats des tranches d'âge indique une prépondérance pour les enfants de 6 à 23 mois, à 71%. Cette situation est assez typique pendant ce temps de l'année surtout comme les enfants plus âgés sont souvent hors du ménage pendant la journée ou sont occupés dans les champs. La différence entre les tranches d'âges comparés avec ceux qui sont couverts ou non couverts n'est pas significative (Chi2 : 3.8092, p-valeur=0.050971).

PB : Seulement 5 % des cas avaient un PB <100, ce qui peut indiquer une faible quantité de cas de MAS critiques dans les DS échantillonnés. La majorité des résultats mesuraient entre 100 et 115mm. Le graphique 2 indique la répartition des mesures prises pendant cette enquête.

Graphique 2 : Répartition des mesures de PB prises par énumérateurs SLEAC, SLEAC Tchad 2015



La majorité des cas mesurés par les énumérateurs étaient entre 109mm et 114mm, représentant 70% (n=1290) du total des résultats. Cela indique probablement qu'il y a eu une forte préférence pour certains chiffres par les énumérateurs, soit les mesures PB prises étaient trop serrées ou les énumérateurs ont mal compris comment lire les chiffres sur le PB. Les mesures supérieures à 115 mm représentent les cas de MAS en voie de guérison et certains avec œdèmes. Les mesures supérieures à 125 mm représentent les cas de MAS avec œdèmes.

Œdèmes : Un total de 169 cas d'œdèmes ont été identifiés. La distinction entre +, ++, et +++ n'étaient pas très claire pour les énumérateurs sans expérience en PCIMA ou nutrition, alors que l'importance sur le terrain était d'établir que les mesures captent la présence des œdèmes bilatéraux et non la sévérité.

Distance de CdS : Pour mieux comprendre la perception de distance entre le village et le CdS le plus proche, il a été demandé aux répondants la distance du CdS le plus proche avec services de PCIMA en trois catégories; soit près, loin ou très loin. La fréquence de réponse diminue en ordre consécutif, 45%, 31% et 23%. Étant donné que 55% des répondants considèrent la distance comme loin ou très loin, cela peut indiquer que la distance est une des barrières qu'empêche d'amener les enfants au CdS (cf. discussion des résultats).

4.1.2. RÉSULTATS CAS DE MAM

Les équipes ont identifiés un total de 4 177 enfants âgés de 6 à 59 mois avec les critères de MAM ($\geq 115\text{mm}$ et $<125\text{mm}$ PB, sans œdèmes). Parmi eux, 914 étaient inscrits dans le programme aux UNS au moment de l'enquête et 3 263 n'y étaient pas (cf. méthodologie de vérification, section 3.1.1.1.). Tous les enfants non couverts par un programme nutritionnel ont été référés au niveau d'un CdS le plus proche.

4.2. RÉSULTATS PAR DS : COUVERTURE

Le calcul de la couverture actuelle a été utilisé pour déterminer la classification de la couverture (cf. section 3.4 pour la justification et le calcul). Les calculs de classification par DS, permettent d'identifier une classification de couverture en trois tranches, soit d'une couverture faible (indiquer en rouge), modérée (indiquer en jaune) ou élevée (indiquer en vert); présentée dans le tableau 6 pour chaque DS.

Tableau 6 : Classification de couverture des DS selon cas couverts, SLEAC Tchad 2015

Région	District Sanitaire	Nombre de cas MAS	Nombre de cas MAS couverts par le programme	Seuil de décision inférieur (d1)	Seuil de décision supérieur (d2)	No de cas de MAS : <d1, ou entre d1-d2, ou >d2	CLASSIFICATION de la Couverture
NDJAMENA	NDJ Nord	46	21	9	23	d1-d2	Modérée
	NDJ Sud	45	15	9	23	d1-d2	Modérée
HADJER LAMIS	Massaguet	102	9	20	51	<d1	Faible
	Massakory	114	28	22	57	d1-d2	Modérée
	Bokoro	85	24	17	42	d1-d2	Modérée
LAC	Bagassola	112	11	22	56	<d1	Faible
	Bol	57	11	11	28	<d1	Faible
	Ngouri	74	12	14	37	<d1	Faible
KANEM	Mondo	35	6	7	17	<d1	Faible
	Mao	35	6	7	17	<d1	Faible
	Noukou	101	19	20	50	<d1	Faible
	RigRig	41	9	8	20	d1-d2	Modérée
BARH EL GAZAL	Chaddra	29	6	5	14	d1-d2	Modérée
	Moussoro	17	3	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
BATHA	Yao	75	22	15	37	d1-d2	Modérée
	Ati	26	4	5	13	<d1	Faible
	Oum Hadjer	28	12	5	14	d1-d2	Modérée
WADI FIRA	Biltine	71	56	14	35	>d2	Élevée
	Guereda	29	11	5	14	d1-d2	Modérée
	Iriba	56	15	11	28	d1-d2	Modérée
	Matadjana	45	9	9	22	<d1	Faible
OUADDAI	Abeche	50	20	10	25	d1-d2	Modérée
	Adre	25	8	5	12	d1-d2	Modérée
	Abdi	20	12	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
SILA	Amdam	44	10	8	22	d1-d2	Modérée

	Goz-beida	11	6	N/A taille d'échantillonnage insuffisante			
SALAMAT	Aboudeia	46	22	9	23	d1-d2	Modérée
	Amtiman	63	20	12	31	d1-d2	Modérée
GUERA	Mangalme	55	3	11	27	<d1	Faible
	Melfi	36	18	7	18	d1-d2	Modérée
	Mongo	35	13	7	17	d1-d2	Modérée
	Bitkine	135	45	27	67	d1-d2	Modérée
TOTALE		1743	486	349	872	Légende :	
							Faible
							Modérée
							Élevée

Au total, il y avait 10 DS avec une classification de couverture faible, 18 DS avec une classification de couverture modérée et 1 DS avec une classification de couverture élevée.

Dans les zones d'enquête hétérogène²⁰, le taux de couverture par région a été calculé, ainsi que la couverture globale²¹. La couverture actuelle par région prend en compte le nombre total des cas couverts dans tous les DS de la région, et le nombre de cas de MAS total pour calculer une estimation de la couverture (cf. section 3.4 pour calcul). L'estimation de la couverture actuelle représente la couverture pour chaque région.

Tableau 7 : Estimation de la couverture par région, SLEAC Tchad 2015

Région	Estimation de Couverture Actuelle	Intervalle de Confiance (IC 95%)	Classification de la couverture
Barh El Ghazal	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Faible
Batha	21,5%	11,5 – 31,5	Modérée
Guéra	31,8%	24,0 – 39,6	Modérée
Hadjer Lamis	22,6%	17,6 – 27,6	Modérée
Kanem	17,6%	9,2 – 26,0	Faible
Lac	16,0%	10,2 – 21,8	Faible
Ouaddai	41,0%	31,2 – 50,8	Modérée
Salamat	35,0%	25,3 – 44,6	Modérée
Sila	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Modérée
Wadi Fira	42,9%	36,1 – 49,8	Modérée
N'Djamena	N/A Taille d'échantillon insuffisante		Modérée

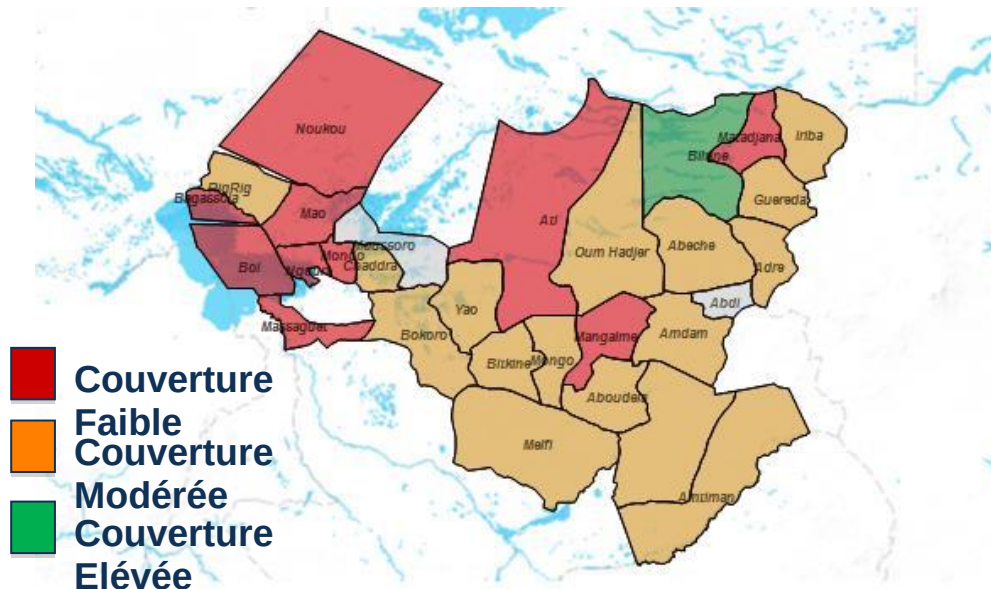
Les régions de Barh El Ghazal, Kanem et Lac ont une estimation de couverture faible, avec Batha, Guera, Hadjer Lamis, Ouaddai, Salamat, Sila, Wadi Fira et N'Djamena avec

²⁰ Un test d'hétérogénéité est calculé selon le tableau 6, page 130, du référence technique de la méthodologie SLEAC/SQUEAC, FHI360, Aout 2015

²¹ La couverture globale n'est pas présentée pour les raisons d'hétérogénéité entre les régions (c. à d. le calcul d'hétérogénéité ne permet pas une mesure globale pour les régions enquêtées dans cette enquête)

une estimation de couverture modérée. Ces calculs avec l'identification de d1 et d2 se retrouvent dans l'annexe 9.

Graphique 3 : Carte de classification de couverture par DS, SLEAC Tchad 2015



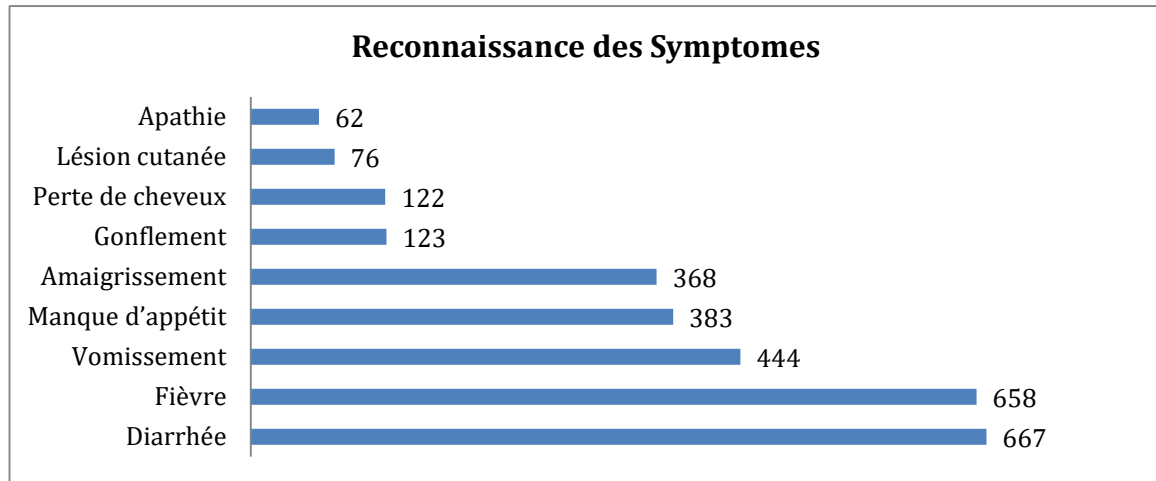
Cette carte indique les classifications de couverture pour chaque DS avec résultats disponibles. Les classifications de couverture faible se situent au nord-est des régions enquêtées, et les classifications de couverture modérée au sud-ouest et nord-ouest.

4.3. BARRIÈRES GLOBALES

Pour les 1 257 cas de MAS non couverts, les informations sur les barrières d'accès du programme PCIMA ont été récoltées. En plus, les informations selon la compréhension des répondants telles que la reconnaissance de la maladie, les symptômes de la maladie et les traitements à prendre pour ces cas, ont été indiqués.

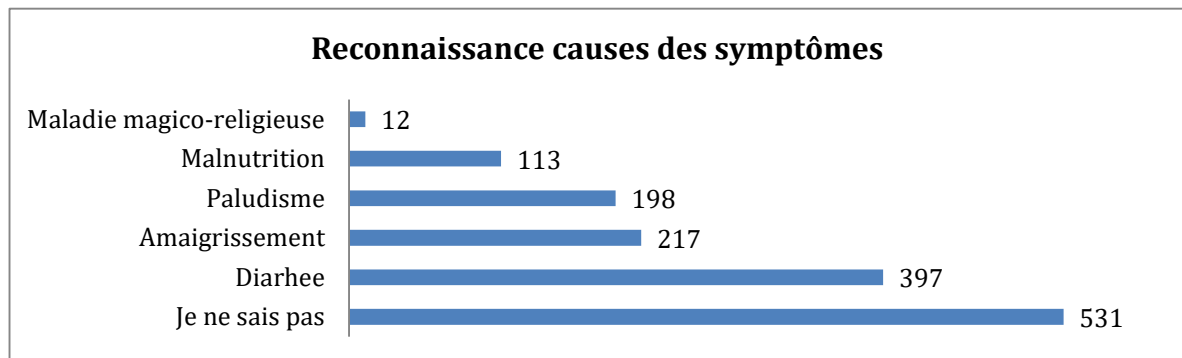
La première question était si l'enfant est reconnu comme malade. Un total de 24% (n=301) n'a pas reconnu leurs enfants comme malade, 76% (n=956) qui ont reconnu que leurs enfants ont été malades. De ces répondants qui ont reconnus que leurs enfants ont été malades, il y avait trois questions de suite demandé sur : leurs compréhensions sur les symptômes de la maladie reconnue, quelles maladies souffrent l'enfant et les traitements pris. Ces résultats sont présentés dans les trois graphiques suivants.

Graphique 4 : Reconnaissance des symptômes des enfants non couverts, SLEAC Tchad 2015



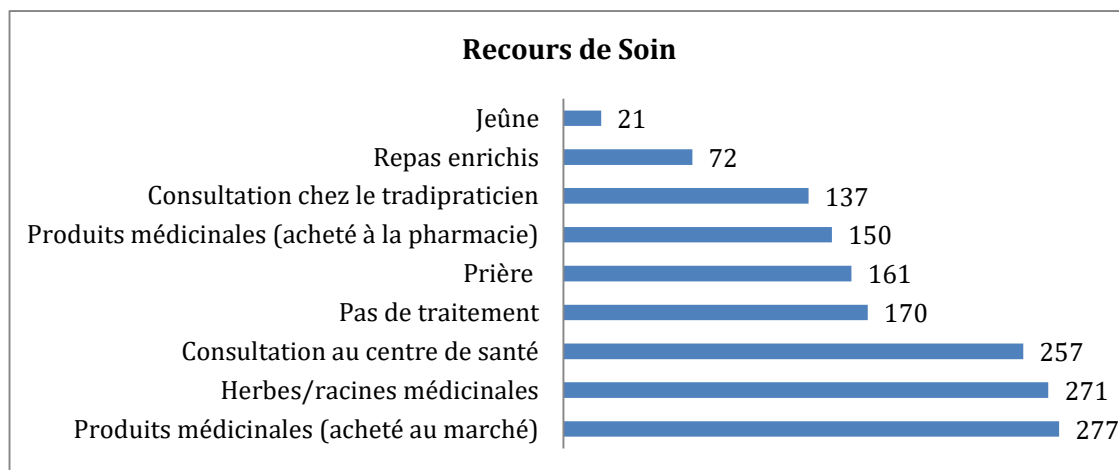
Un total de 76 % (n=956) des répondants ont indiqué qu'ils ont reconnu que leurs enfants étaient malades. De ces 76 %, presque 70 % ont reconnu les symptômes de diarrhée et/ou fièvre chez leurs enfants. Ensuite, les symptômes de vomissement, manque d'appétit et amaigrissement ont été cités.

Graphique 5 : Reconnaissance des causes des symptômes des enfants non couverts, SLEAC Tchad 2015



La majorité des répondants, 531, par contre, ne peuvent pas indiquer une maladie qui pourrait causer ces symptômes, admettant explicitement 'je ne sais pas'. Les maladies citées par d'autres répondants d'avoir causer ces symptômes étaient la diarrhée, l'amaigrissement et le paludisme (qui est souvent directement lié à la fièvre dans ces régions). La malnutrition n'était mentionnée que par 113 des répondants, ce qui, indique un grand manque de reconnaissance de la malnutrition dans les régions enquêtées. Finalement, il y avait 12 répondants qui ont déclaré que les symptômes viennent d'une maladie magico religieuse.

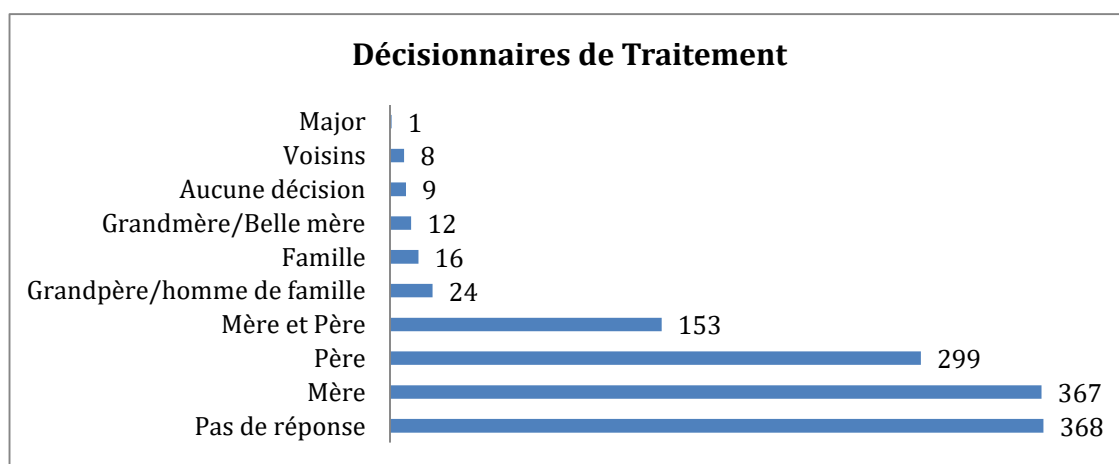
Graphique 6 : Recours de soin des enfants non couverts, SLEAC Tchad 2015



Les choix de traitement les plus communs étaient les produits médicinaux achetés au marché, les herbes/racines médicinaux utilisés pour la préparation des thés ou concoctions, et une consultation aux CdS. Ensuite, une bonne partie des répondants ont préféré les options passives, c'est-à-dire aucun traitement de la maladie et/ou le recours à la prière. En contraste avec les produits médicinaux achetés au marché, qui sont souvent faux, les produits médicinaux achetés à la pharmacie étaient cités par moins de répondants, probablement dû aux prix plus élevés. La consultation des tradipraticiens est citée moins que la consultation au CdS, par contre les résultats pourraient être biaisés comme les gens peuvent avoir la honte de déclarer qu'ils font recours aux tradipraticiens.

Selon les choix de traitement pris, les répondants ont aussi indiqué qui a pris la décision de chercher les différentes options de traitement.

Graphique 7 : Décisionnaires de traitement pris pour enfants non couverts, SLEAC Tchad 2015



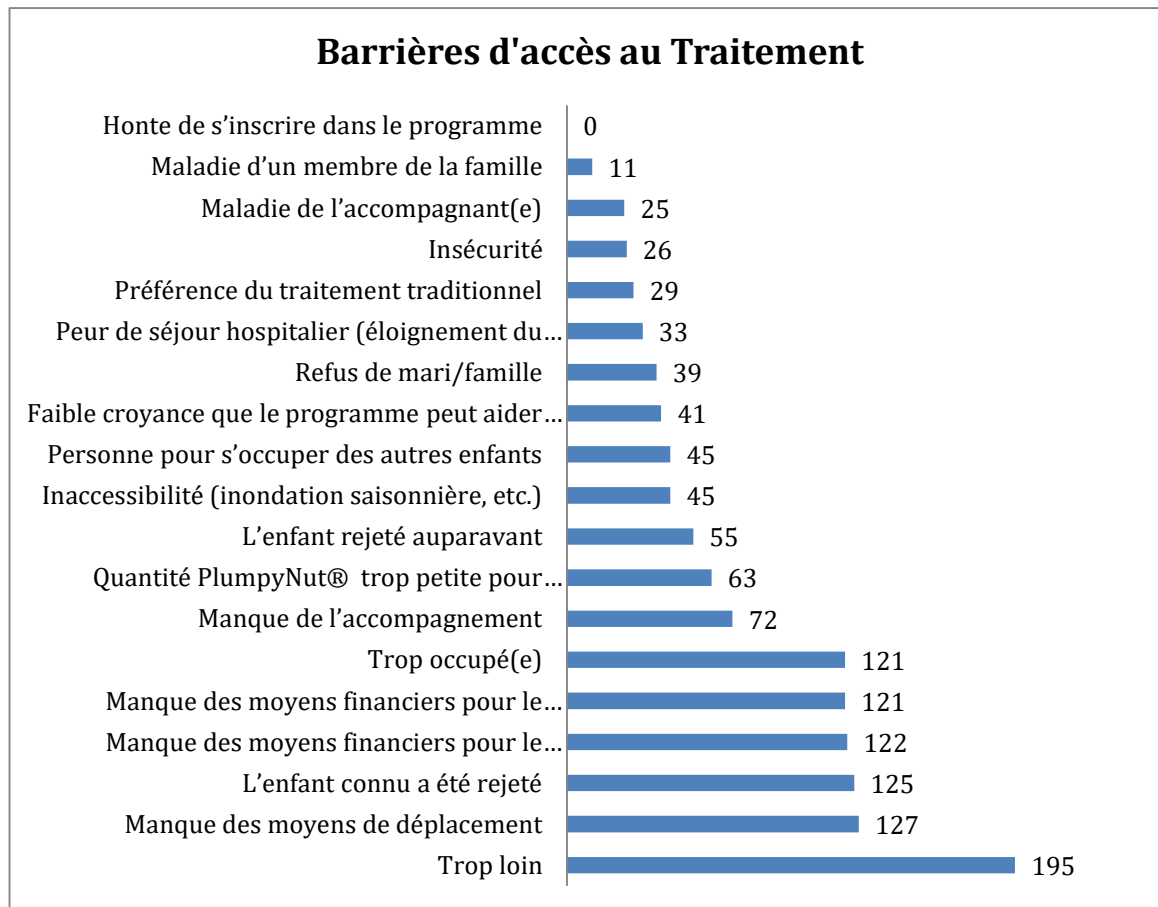
Dans la majorité des cas, c'était soit la mère, soit le père, parfois tous les deux. Quelques répondants ont indiqué que la décision était prise par d'autres membres de la famille, soit une grand-mère ou grand-père, ou une belle-mère.

Une infographique a été développée pour présenter les informations de la compréhension et connaissance de la maladie de l'enfant. Ce sommaire se retrouve dans l'annexe 10.

Finalement, la question de connaissance du programme de nutrition pour faire soigner les enfants malades a été abordée. Au total, il y a eu 44% (n=547) des répondants qui ont indiqués qu'ils ont connu un programme pour le traitement de la malnutrition ; indiquant le niveau de connaissance des programmes du PCIMA. Alors que 56% (n=710) ne connaissent pas un programme de traitement disponible.

De ces répondants, les énumérateurs ont demandé pourquoi ils n'ont pas amené leurs enfants dans le programme ; avec la répartition des réponses dans le graphique 8.

Graphique 8 : Répartition des barrières d'accès au traitement du programme PCIMA pour les enfants MAS non couverts, SLEAC Tchad 2015



Une infographie a été développée pour présenter les informations des barrières d'accès. Ce sommaire se retrouve dans l'annexe 11.

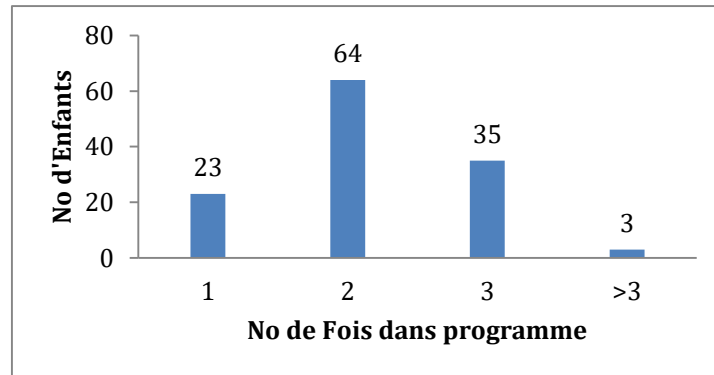
4.4. FACILITATEURS GLOBAUX

Pour les 588 cas de MAS couverts, les informations sur les facilitateurs²² d'accès au programme PCIMA ont été récoltés. En même temps, le questionnaire a permis de mieux savoir de ces enfants, combien ont été déjà dans le programme, combien de fois, et les raisons autour de pourquoi ils ont quittés le programme, soit abandon ou rechute. Les résultats de cette dernière partie sont présentés dans la section 4.5. Il y a aussi eu les informations sur combien ont d'autres enfants aussi dans le programme.

Des 588 enfants classifiés comme MAS, 78% (n=463) étaient dans le programme pour la première fois, avec 22% (n=125) qui ont déjà été dans le programme. De ces 125, la répartition des fois dans le programme est présentée dans le graphique 9.

²² Ce terme est considéré d'indiquer le terme de 'boosters', un terme anglophone de la méthodologie SLEAC/SQUEAC, indiquant les facteurs positifs qui influencent l'accès aux services de soins.

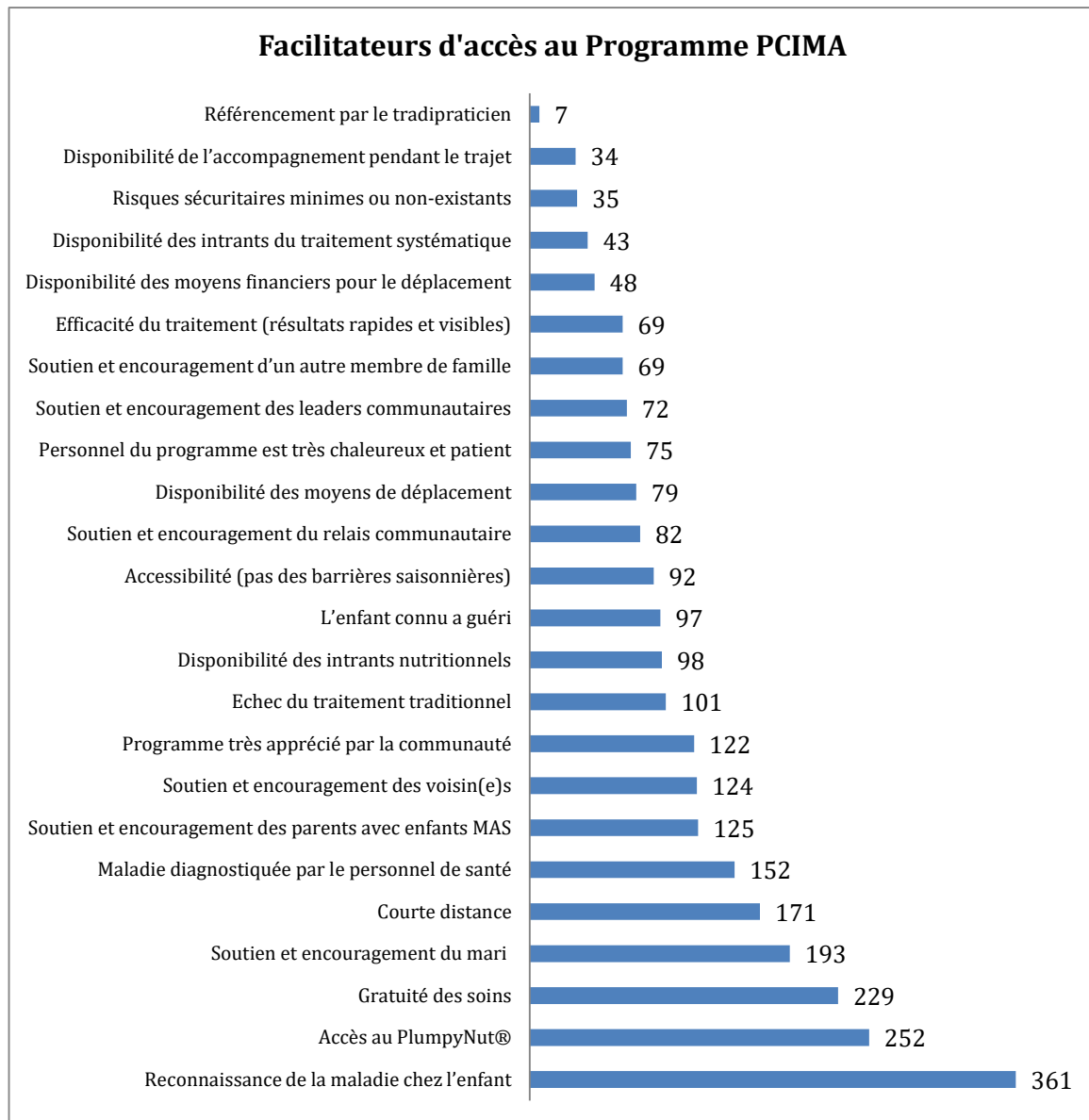
Graphique 9 : Nombre d'enfants dans le programme PCIMA selon le nombre de fois, SLEAC Tchad 2015



Il y avait 24 cas de MAS avec d'autres enfants du même ménage dans le programme; 15 avec 1 autre enfant, 18 avec 2 autres enfants et 1 avec 3 autres enfants.

La répartition des avantages identifiés par les répondants est présentée dans le graphique 10 ci-dessous. Les répondants ont été encouragés de donner plusieurs réponses au besoin pour assurer que leurs opinions complètes ont été notées.

Graphique 10 : Répartition des réponses des facilitateurs au traitement des programmes PCIMA pour les enfants de MAS couverts, SLEAC Tchad 2015



La reconnaissance de la malnutrition chez l'enfant (n=361) et l'accès au PlumpyNut® (n=252) sont les deux raisons les plus connues qui incitent l'accès aux programmes de PCIMA. Avec les raisons de gratuité des soins (n=229), soutien et encouragement du mari (n=193) et courte distance (n=171) comme d'autres raisons également importantes comme facilitateurs d'accès au soin.

4.5. RÉSULTATS DES RECHUTES ET ABANDONS

Les informations ont été collectées par les énumérateurs sur les cas de MAS couverts et non couverts sur les cas qui ont déjà connu le programme et qui sont soit sortis comme guéris et rechutés ou par abandon. Ces informations sont présentées ici-bas.

Selon les Cas Non Couverts :

Il y avait 93 des enfants non couverts qui ont déjà connu le programme, avec 34% (n=32) qui ont abandonné le programme, 35% (n=33) qui sont sortis guéris et qui sont actuellement des cas de rechute dans le programme, et 19% (n=18) qui sont les enfants non répondants du programme. Un total de 11% (n=10) ont indiqués d'autres raisons pour quitter le programme, incluant une quantité d'intrants insuffisantes et un déménagement – ces enfants peuvent être considérés comme des abandons, sauf que les informations manquent de quand est-ce qu'ils ont quitté le programme.

Selon les Cas Couverts :

Il y avait également les cas de MAS couverts, 21% (n=125), qui ont déjà connu le programme PCIMA, avec 9% abandons et 13% sortis guéris et rechutés.

4.6. RÉSULTATS D'ETHNIE

Dans les questionnaires des cas couverts et non couverts, une question additionnelle a été abordée selon l'ethnie des répondants/enfants. Ces résultats sont présentés dans l'annexe 12, et ne figurent pas dans l'analyse pour la raison que l'ethnie n'a pas été considérée comme une barrière ni un facilitateur d'accès des services; mais a été une information additionnelle à collecter pour les intérêts anthropologiques.

4.7. RÉSULTATS DES DONNÉES DE ROUTINE

Des 80 UNA prévues pour être visitées, seulement 47 avaient les données disponibles pour copier ; soit 59 %. Il y a eu des cas des UNA visitées qui n'avaient pas de données dû à la rupture ou manque de disponibilité des registres. Dans certains cas, les données ont été cachées par les responsables des CdS, ou il n'y avait qu'un ou deux mois de données disponibles, ou les données ont été déjà remontées à N'Djamena et alors pas présentes dans le CdS. Dans ces circonstances, les équipes ont essayé, quand cela est possible, de remplacer ces UNA avec d'autres dans la même région.

De ces 47 UNA, il y avait l'information collectée sur 5 805 admissions, dont 3 768 qui sont complètes de l'admission à la sortie, qui donne une moyenne de 65 % des informations complètes dans les registres au niveau des UNA. La majorité des données incomplètes étaient les dates d'admission, de sortie et les critères de sortie non disponibles dans les registres aux UNA. Une analyse des données de routine additionnelle a été effectuée et représenter pour chaque région, dans annexe 13.

4.7.1. RÉSULTATS DES ADMISSIONS

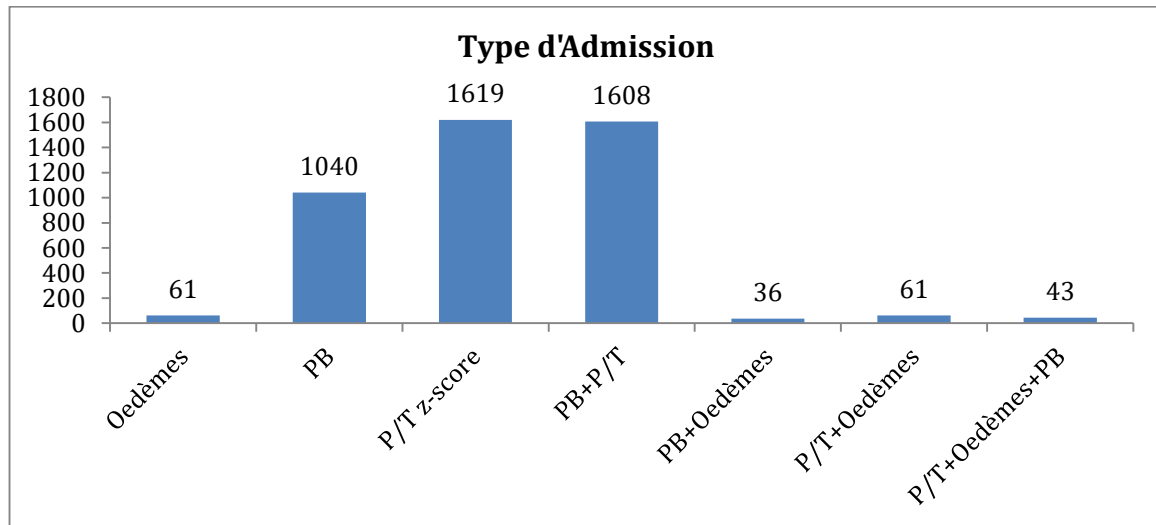
Un total de 5 596 données individuelles d'admissions étaient complètes et disponibles pour les résultats. De ces données complètes, il y avait un total de 1 128 erreurs d'admission, qui donne un taux de 20,2 % erreurs d'admission.

Des 80 % des données vraies (n=4 468), sans erreurs d'admission, une analyse a été effectuée pour déterminer le type d'admission. Selon le protocole national pour le

PCIMA, pour les enfants considérés comme MAS, les possibilités d'admission sont soit l'une ou l'autre des combinaisons des critères suivants et présenter dans le graphique 11 :

- admission par PB : <115mm, et/ou ;
- admission par présence d'œdèmes, et/ou ;
- admission par référence poids/taille : <-3 z-score (référence WHO).

Graphique 11 : Type d'admission, analyse des données de routine, n=5596, SLEAC Tchad 2015



4.7.2. GAINS DE POIDS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Les indicateurs du gain de poids (GDP) et durée de séjour (DDS) sont les indicateurs de la qualité du programme aux UNA. Si la qualité est bien, les programmes du PCIMA peuvent atteindre les critères SPHERE²³ présentés avec les résultats de l'analyse dans le tableau 8. Le calcul pour le GDP et DDS était fait avec un total de 3 217 données, qui en avaient les informations complètes avec les dates d'admission jusqu'aux sorties, pour les cas de MAS sans œdèmes. Les calculs pour les cas avec œdèmes n'étaient pas possible dû au manque d'informations pour ces cas.

²³ Le guide SPHERE, Charte Humanitaire et Standards Minimum du Réponse Humanitaire, sphereproject.org

Tableau 8 : Gain de poids et durée de séjour, analyse des données de routine, n=3217, cas de MAS sans œdèmes, SLEAC Tchad 2015

Indicateur	Résultat – Données Routine	Standard SPHERE	Standard Protocole National Tchad 2014
GDP Moyen	3,97g/kg/jours	Acceptable : > 4g/kg/j	Acceptable : >8g/kg/j
DDS Moyen	50,6 jours	Acceptable : < 60 jours	Acceptable : < 6 semaines (42 jours)

4.7.3. DISPONIBILITÉ DES INTRANTS

Les programmes PCIMA reposent sur la disponibilité des intrants, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), notamment le PlumpyNut®, pour les traitements nutritionnels dans les CdS avec UNA. Néanmoins, les ruptures des intrants sont communes dans les régions au Tchad, et figurent dans la qualité d'un programme, comme les bénéficiaires sont dépendants des intrants chaque semaine. La couverture est directement dépendante de l'accès aux intrants. Pendant la période de l'enquête, il y a eu quelques CdS avec ruptures, présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Nombre de CdS/UNA avec ruptures des intrants pendant l'enquête SLEAC, SLEAC Tchad 2015

Région	No de CdS/UNA avec rupture en Août*	No de CdS/UNA avec rupture en Septembre*
Batha	1	0
BEG	0	0
Kanem	4	7
Lac	4	2
Hadjer Lamis	0	3
Ouaddai	16	13
Wadi Fira	3	11
Sila	0	14
Salamat	0	1
Guera	2	3
N'Djamena	Info pas disponible	Info pas disponible
TOTAL	30	44

* Les ruptures étaient pour une durée d'une semaine dans tous les cas, sauf un cas de rupture de deux semaines au Salamat.

5. ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1. CLASSIFICATION DE COUVERTURE PAR DS ET ESTIMATION DE COUVERTURE PAR RÉGION

Les classifications basées sur l'estimateur de couverture actuelle ont déterminé que le niveau de couverture dans les régions de Kanem et Lac ont été considérés comme faible, tandis que les régions de Batha, Guéra, Hadjer Lamis, Salamat, Ouaddai et Wadi Fira ont été considérées comme zones avec un niveau de couverture modérée. Avec les résultats d'estimations de couverture rangés de 16,0 % à 41,0 % (cf. Tableau 7).

Selon les résultats de classification par DS, un total de 10 DS ont une classification de couverture faible, un total de 18 DS ont une classification modérée et 1 DS avec une classification élevée (cf. Tableau 6 pour résultats complets). En raison d'inaccessibilité, le DS de Haraze de la région Salamat n'a pas été évalué.

La taille de l'échantillon prévue a été atteinte dans 22 des 32 DS enquêtés pour déterminer la classification de couverture. Les résultats de tous les DS étaient utilisés pour calculer l'estimation de couverture pour 8 des 11 régions.

5.2. BARRIÈRES DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ET DE L'UTILISATION DES SERVICES

La barrière principale à la couverture identifiée a été la distance, considérée comme trop loin. Les 5 réponses suivantes, i.e. manque de moyen de déplacement, l'enfant connu a été rejeté, manque de moyens financiers pour le traitement, manque de moyens financiers pour le déplacement, et les mères/accompagnants sont trop occupées, ont une importance quasiment égale.

En fin de compte, cinq des neuf barrières principales tournent autour des thèmes de la faible connaissance de la malnutrition et du programme PCIMA. Confirmer avec une triangulation des résultats de 24 % des répondants qui ont reconnu que leurs enfants souffrent d'une maladie et 56 % qui n'ont pas connu un programme de traitement. Ces chiffres sont significatifs surtout dans les régions qui ont connu un programme de PCIMA pour des années. D'autres aspects du programme ont aussi été méconnus, soit au niveau financier, dont le coût de traitement, par le fait que leurs enfants ont été rejetées auparavant, ou au rapport des rejets des enfants dans la communauté. Représentant une grande méconnaissance et faible compréhension du programme au sein de la communauté.

Les autres raisons principales sont directement liées à l'accès physique au programme, comme la distance trop loin (la distance moyenne citée a été 12 km du CdS) ou un manque de moyens financiers pour le traitement ou la préoccupation des mères.

D'autres raisons servent en tant que facteurs éclaircissants qui dévoilent les causes sous-jacentes d'un découragement des accompagnants de se rendre au centre de santé. En d'autres mots, le problème de la distance et/ou de l'inaccessibilité saisonnière peut

être déterminé ou accentué par un manque de l'accompagnement pendant le trajet au CdS, d'autant plus si la quantité de PlumpyNut® n'arrive pas à justifier la perte du travail journalier ou les dépenses financières pour le déplacement. Également, si l'accompagnant bénéficiait du soutien familial pour la garde d'enfants, la distance perdrait son importance. Le même est vrai si l'accompagnant croyait en l'efficacité du programme et la guérison de son enfant. Par contre, si l'accompagnant ou son conjoint n'est pas convaincu que tel sacrifice aidera leur petit et/ou que l'enfant ne sera rejeté, rien ne peut se faire pour l'organisation du voyage.

5.3. FACILITATEURS DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ET DE L'UTILISATION DES SERVICES

Les facteurs principaux qui encouragent l'accès au traitement incluent la reconnaissance de la maladie chez l'enfant, l'accès au PlumpyNut®, et la gratuité des soins. Pendant que le premier et le troisième facteur dévoilent une bonne compréhension de la maladie et/ou du programme PCIMA, le deuxième révèle une perception du PlumpyNut® en tant que commodité, plutôt que traitement, qui a la capacité temporaire de subvenir aux besoins familiaux.

Ensuite, le soutien et l'encouragement du mari, combiné avec le soutien et l'encouragement des voisins et des parents avec enfants MAS, illustrent que le soutien et encouragement par la famille et communauté a de la valeur considérable pour les accompagnants et apparaît comme le premier booster après la reconnaissance de la maladie et la connaissance du service. En d'autres mots, les accompagnants ont clairement témoigné que dans les situations pareilles il ne suffit pas tout simplement de savoir quoi faire mais il faut également bénéficier de l'approbation et l'encouragement de leur entourage.

D'autre part, la courte distance (la distance moyenne citée était 2 km du CdS) facilite la prise de décision d'entamer le traitement et le déplacement successif vers le centre de santé. Vu leur reconnaissance et respect dans les communautés, un diagnostic de la maladie par le personnel de santé est aussi un facteur important. Cela combiné avec les 361 répondants qui ont indiqué qu'ils ont reconnu la maladie chez l'enfant, montrant que la reconnaissance de la maladie est importante au niveau des villages et entre les personnes du village.

Les facteurs suivants, tel que le programme très apprécié par la communauté, la disponibilité des intrants nutritionnels, l'enfant connu est guéri, le soutien et l'encouragement du relais communautaire et personnel du programme chaleureux et patient, montrent que l'aspect programmatique et humain qui se traduit en bonne réputation et l'appréciation du programme ne devraient pas être sous-estimé. Ceci est souvent accentué par le témoignage des mères des enfants guéris qui partagent le défi et leur succès, c'est-à-dire la guérison de l'enfant, peut augmenter la motivation de l'accompagnant avant et même pendant la durée du traitement. Ainsi on croise une deuxième gamme de besoin du soutien et de l'encouragement, couplé avec le soutien

des ReCom, des leaders communautaires ainsi que les voisins et autres membres de la famille.

Les boosters moins importants incluent la disponibilité des moyens financiers pour le déplacement, disponibilité des intrants du traitement systématique, les risques sécuritaires et la disponibilité de l'accompagnement pendant le trajet. Ces facilitateurs sont liées avec la courte distance tant que le trajet peut coûter moins cher, les insécurités son peu et pour une courte distance les femmes n'auront pas besoin d'un accompagnant.

Rarement mentionné était un référencement par le tradipraticien, qui est souvent une personne clé dans la communauté reconnu d'être contre les soins de santé. Combiné avec les réponses d'échec du traitement traditionnel, cela peut indiquer que le CdS était possible visité quand les pratiques traditionnelles n'ont pas fonctionné. De toute façon, le fait que les répondants ont indiqué qu'ils ont préféré un recours de soin auprès des tradipraticiens d'abord, indique une confiance dans ces pratiques et un sujet à mieux comprendre dans ce contexte.

5.4. TAUX D'ABANDON

Sur un total de 1 257 cas de MAS qui n'étaient pas inscrits au programme au moment de l'enquête, 7,4 % (n=93) l'avaient été auparavant. Cela montre que les rechutes et les taux d'abandon sont une réalité du programme, mais ne sont pas trop inquiétants pour l'instant. Sur ces 93 cas non couverts qui avaient déjà participé au programme précédemment, 34 % (n=32) étaient des cas d'abandon, 35 % (n=33) des cas déchargés guéris, 19 % (n=18) était sortis comme non répondants, et 11 % (n=10) ont cité une autre raison.

Les motifs d'abandon sont, par ordre d'importance : rupture de stock d'ATPE, travaux champêtres et la distance au CdS.

Malgré le fait que l'objectif du questionnaire était de mieux comprendre pourquoi les cas couverts ont soit abandonné ou sont sortis guéris auparavant, c'est clair que les réponses ne sont malheureusement pas compréhensive et alors ne sont pas capables d'indiquer ces informations. Alors, ces informations ne seront pas incluses dans ce rapport.

5.5. TAUX DE RÉADMISSION

Sur un total de 588 cas de MAS qui étaient actuellement inscrits au programme au moment de l'enquête, 21 % (n= 129) ont indiqué qu'ils avaient participé au programme précédemment, dont la majorité des enfants plus qu'une fois.

5.6. DONNÉES DE ROUTINE

L'analyse des types d'admission montre que la majorité des admissions sont faites selon un rapport poids-taille < -3 z-score. Cela est assez typique pour la région où les admissions par rapport au poids-taille sont souvent considérées comme plus légitimes comparer avec le PB ou la présence des œdèmes.

Un taux de 20 % d'erreurs d'admission indique un taux élevé, mais une plus grande analyse est nécessaire pour mieux comprendre si ces erreurs sont géographiquement liées à une couverture, ou d'autres raisons qui expliquent ce taux élevées. De toute façon, ce taux nous indique que les données de routine font l'objet d'une analyse régulière pour effectuer les changements nécessaires dans le but de contrôler et minimiser les erreurs.

Les résultats de GDP moyen, à 3,97g/kg/jours, n'atteint pas les critères SPHERE pour la qualité des programmes, indiquant que les enfants ne gagnent pas assez de poids dans un temps acceptable. Ce résultat se retrouve aussi à la moitié des standards du protocole national du Tchad. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, incluant un partage de traitement à la maison, une mauvaise gestion des intrants par les mères, un pauvre suivi des cas vulnérables au niveau des CdS, un haut taux d'abandon, un haut taux de maladies sous-jacentes ou mal diagnostiquées, ou une pauvre sensibilisation sur le traitement et la guérison de l'enfant.

La DDS moyenne, à 50,6 jours (ou 7,5 semaines) est acceptable selon les critères SPHERE, mais surprenant si on considère le GDP bas; mais, n'est pas considérée acceptable selon le protocole national du Tchad, dépassant 42 jours. Le nombre de jours d'admission à la sortie se perçoit dans le calcul de GDP, alors qu'on attendait une plus longue durée. Une analyse qualitative plus profonde avec un échantillonnage plus large est nécessaire pour mieux comprendre les raisons de ce pauvre résultat de GDP et d'avoir une meilleure compréhension du résultat du DDS en lien avec le GDP.

Dans les régions qui ont vécu une rupture de stock, la couverture sera diminuée surtout si les répondants considèrent que l'accès au PlumpyNut® est un facilitateur pour s'y rendre au CdS pour le traitement. La qualité des programmes PCIMA est directement liée à l'accès aux intrants et l'analyse. il faut aussi considérer le fait que la perception des programmes diminue quand il y a les ruptures d'intrants.

6. CONCLUSIONS

Les résultats du SLEAC 2015, indiquent une forte méconnaissance de la malnutrition et une faible compréhension du traitement et du programme à travers les régions enquêtées. En même temps, la compréhension actuelle du programme semble être entachée par une mauvaise réputation ; certes, en reconnaissant que les facilitateurs/boosters de cette enquête soulignent l'importance de la réputation et compréhension du programme PCIMA.

En combinaison avec la barrière de la distance et disponibilité des moyens pour s'y rendre aux CdS, les problèmes d'accès aux soins pour la malnutrition sont évidents.

Au total, il y avait 10 DS avec une classification de couverture faible, 18 DS avec une classification de couverture modérée et 1 DS avec une classification de couverture élevée.

Les régions de Barh El Ghazal, Kanem et Lac ont une estimation de couverture faible, avec Batha, Guera, Hadjer Lamis, Ouaddai, Salamat, Sila, Wadi Fira et N'Djamena avec une estimation de couverture modérée.

7. RECOMMANDATIONS

Les recommandations principales sont élaborées et présentées ci-dessous :

Réaliser des études qualitatives afin de mieux comprendre et analyser les facteurs ayant l'impact sur la couverture des programmes PCIMA.

- Recueillir des données qualitatives afin de répertorier les croyances/ perceptions culturelles/religieuses ou autres ayant l'impact évident/sous-jacent sur la compréhension de la malnutrition, son traitement et/ou le recours de première intention aux soins traditionnels, y compris les perceptions de la prise en charge des enfants MAS, et assurer que les messages clés soient régulièrement adaptés pour les adresser systématiquement.²⁴
 - Ce processus devrait compter sur la participation d'une variété des partenaires, y compris des organisations nationales et locales ainsi que des représentants communautaires les mieux positionnés pour éclaircir les perceptions communautaires, afin de les engager dans le processus d'élaboration de la stratégie d'engagement communautaire dès le départ et d'assurer leur soutien dans les étapes successives.
 - Il est primordial d'y intégrer les études qualitatives déjà réalisées et/ou planifiées afin de combler des vides informatifs et créer une base solide pour les prochaines actions. Il est suggéré de recueillir des données qualitatives stratégiques²⁵ dans les zones avec une couverture faible ainsi que dans les zones avec une couverture élevée pour assurer une compréhension profonde des barrières et boosters, leur interaction et solutions adaptées au contexte.
- Evaluer les points forts et les points faibles des stratégies d'engagement communautaires existantes, ainsi que les opportunités et les menaces pour la future stratégie d'engagement communautaire. Les initiatives locales/régionales ayant l'impact positif évident devraient être identifiées, analysées et reproduites à plus grande échelle.
- Répertorier les acteurs, structures et systèmes communautaires existants, y compris les réseaux de bénévoles communautaires, susceptibles d'être mis à profit à des activités d'engagement communautaire.
- Répertorier les canaux de communication formels et informels disponibles et les intégrer dans la diffusion des messages clés pour assurer la variété et complémentarité des sources d'information, ex. radios nationales/communautaires, théâtres communautaires, chansons éducatives, crieurs publics, téléphones portables, etc.

²⁴ Pour effectuer un recueil des données qualitatives, il est suggéré d'utiliser une méthodologie reconnue et pré-testée, telle que Nutrition Causal Analysis, développée par ACF, USAID, IMC et Concern (linknca.org), ou équivalent.

²⁵ Il est suggéré d'utiliser une méthodologie reconnue et pré-testée, telle que SQUEAC.

Concevoir, élaborer et mettre en place une stratégie nationale d'engagement communautaire pour améliorer l'accès et le recours aux services PCIMA.

Une stratégie de la mobilisation communautaire doit inclure les activités de dépistage, recherche et suivi de cas ainsi que la sensibilisation communautaire.

- Engager une variété des partenaires, y compris des représentants et organisations communautaires qui exercent une influence significative au sein de la communauté, dans l'élaboration d'une stratégie nationale d'engagement communautaire pour améliorer l'accès et le recours aux services PCIMA ainsi que le plan d'action détaillé permettant sa mise en œuvre ponctuel.
- Intégrer les activités de dépistage pour le programme PCIMA à d'autres initiatives, ex. recensements nutritionnels ou autres, campagnes nationales de vaccination, activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), etc.
- Élaborer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie d'engagement des relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène
 - Élaborer le statut national de l'agent de santé à base communautaire, détaillant ses responsabilités ainsi que les processus de sélection, formation et supervision.
 - Améliorer la communication entre les structures sanitaires, les agents de santé à base communautaire et les membres de la communauté à travers les réunions mensuelles. Explorer la possibilité d'utiliser les téléphones portables pour la communication entre les agents de santé et les agents de santé à base communautaire.
- Identifier et tester des initiatives innovatrices, telles que le dépistage/sensibilisation par les mères des enfants malnutris et/ou l'intégration des guérisseurs traditionnels dans les activités de référencement. Il est important d'éviter de dépendre uniquement des bénévoles communautaires vu les défis identifiés à l'égard de leur aptitude, efficacité et/ou le charge de travail au Tchad et ailleurs.
- Élargir le ciblage des activités de la sensibilisation communautaire à toute la communauté, y compris les hommes qui détiennent le pouvoir décisionnaire sur le recours aux soins, vu l'importance documentée du soutien communautaire pour entamer et suivre le traitement lors de l'enquête SLEAC.
- Veiller à l'élaboration et l'intégration des stratégies adaptées aux réalités et mode de vie des populations transhumants, y compris l'adaptation de la prise en charge aux centres de santé, la sensibilisation et le dépistage à leur mobilité.
- Établir ou renforcer un mécanisme de coordination formel à tous les niveaux pouvant effectivement mener les activités d'engagement communautaire. Désigner des points focaux pour la mobilisation communautaire à tous les niveaux, si nécessaire.

- Mobiliser des ressources pour l'engagement communautaire en introduisant un financement innovant et des mesures de responsabilisation appropriées pour encourager la durabilité.

Préparer le matériel nécessaire pour la mise en œuvre de la stratégie d'engagement communautaire et renforcer les capacités des intervenants clés.

- Préparer/consolider une liste des messages clés sur une variété des thèmes liés à la malnutrition, se reposant sur un répertoire des croyances locales. Les messages clés devraient adresser, entre autres, des vides importants identifiés lors des échanges avec les accompagnants MAS, tels que:
 - Insuffisances dans la compréhension de la malnutrition aigüe sévère, y compris ses causes, symptômes, effets et moyens de traitement;
 - Insuffisances dans la compréhension du programme PCIMA, y compris critères d'admission et la gratuité de la prise en charge.
 - Mauvaise compréhension de l'ATPE et son utilisation (entraînant le partage ou la vente);
 - Insuffisances dans la compréhension des moyens préventifs, tels que l'espacement des naissances, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ou hygiène et assainissement;
 - Refus de mari et/ou un manque d'accompagnement pendant le traitement;
 - Adapter/actualiser des boîtes à images et/ou autre matériel imprimable pour la diffusion dans les DS et les traduire en langue/s locale/s.
- Développer le contenu des séances de sensibilisation adapté à l'audience cible, ex.:
 - a. Femmes
 - b. Hommes
 - c. Personnes influentes (ex. leaders communautaires, autorités religieuses, enseignants, organisations à base communautaire, etc.)
 - d. Relais communautaires ou Agents de santé à base communautaire
 - e. Groupes de soutien ANJE
 - f. Guérisseurs traditionnels, marabouts ou accoucheuses traditionnelles/matrones
- Développer un plan de renforcement des capacités des intervenants clés responsables pour le transfert des compétences et/ou la sensibilisation des communautés

Élaborer et plaider pour une stratégie avancée d'augmenter la couverture géographique des sites UNA pour assurer une plus grande décentralisation.

- Assurer que les grandes distances que les personnes devront parcourir pour atteindre les structures sanitaires, sont idéalement, non plus d'un maximum de trois heures de marche (aller-retour pendant une journée).

- Prendre en considération la proximité et de l'accès du point de vue de la population bénéficiaire.
- Assurer les études dans les zones dispersées pour que le nombre prévu de bénéficiaires susceptibles de fréquenter le programme est une considération secondaire en ce qui concerne l'emplacement des sites.
- Assurer les études de financement et d'élaboration d'utilisation des équipes mobiles (stratégie avancée) dans les DS avec les zones peu peuplées où dispersées.
 - Inclure et prioriser dans l'étude le coût potentiel des services mobiles, dans les endroits très difficiles d'accès et les zones peuplées par les populations transhumants.
 - Assurer que les variations saisonnières sont également prises en compte et les équipes mobiles déployées lorsque les besoins sont les plus élevés.
- Assurer le lien de la stratégie avancée avec la stratégie de la mobilisation communautaire
 - Assurer l'inclusion des activités de prévention de la malnutrition dans ces zones très dispersée.
 - Pour les zones avec une grande population de transhumance, assurer une stratégie d'augmenter leurs compréhensions et utilisation des services de soins primaires important.
- Identifier/rechercher et utiliser les initiatives locales existantes pour assurer que les expériences positives sont analysées et reproduites à plus grande échelle.

Assurer la mise en place des moyens de collecte de données nutritionnelles intégrées dans le système national de collecte de données de routine de sante.

- Élaborer une stratégie de collecte des données de routine nutritionnelles intégrées dans le système de gestion des données de santé (HMIS) pour les indicateurs clés de la qualité et efficacité du programme PCIMA.
 - Incluant les indicateurs d'admissions, erreurs d'admissions, durée moyenne de séjour, gains de poids moyen, anthropométrie de sortie et type de sortie.
- Utiliser les méthodes innovantes testées qui devraient faire l'objet d'un suivi au moyen d'indicateurs mesurables, de sorte que l'impact de ces activités puisse être mesuré de façon appropriée.
 - A la fois, assurer que la chaine de communication pour remonter les informations est également utiliser pour apporter les leçons apprises et améliorations vers le district en utilisant les résultats et analyses des données de routine.
- Assurer que les informations disponibles au niveau des CdS sont partagées avec tous les partenaires dans le pays, de sorte que l'apprentissage se fasse au niveau national et pas seulement au niveau de collecte de données.

- Assurer la disponibilité des formulaires et registres pour collecter les informations systématiquement au niveau des CdS.
 - Assurer et inclure dans les supervisions formatives, un composant de vérification des données collectées.
- Assurer que les informations clés des admissions sont utilisées, selon la stratégie, pour mesurer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement des intrants et apporter les améliorations.

ANNEXE 1 – GLOSSAIRE DES TERMES LOCAUX

GLOSSAIRE - TCHAD

Terme local	Langue	Signification
abchéféfié	XX	« ballonnement »
absaf	CA	« enfant dont la mère est enceinte, on l'a refusé du lait » <u>ou</u> « l'enfant qui a pris la fraîcheur » <u>ou</u> « l'enfant pale »
abto-hal	XX	« gros ventre »
amkhidjel	CA	« maladie des enfants liée aux grossesses rapprochées »
amsilele	GO	« ventre ballonné, un enfant qui ne trouve pas des bonnes chose à manger »
arhiè	XX	« ballonnement »
batil	CA	« amaigrissement »
croize-mirmah	CA	« enfant avec gros ventre et jambes maigres »
daif	CA	« faible »
dende	CA	« enfant sevré brusquement avant l'âge de 2 ans »
djorkoh	XX	« enfant sevré précocement suite à une grossesse rapprochée »
djou	CA	« faim », « la peau sur les os »
dohale	CA	« marasme »
fewri	XX	« gonflement »
foufoutanga	GO	« œdèmes »
garbal	XX	« mauvaise alimentation »
guirfe	GO	« malnutrition »
hara(h)	GO / KA	« pieds gonflés, œdèmes »
karasha	CA	« enfant maigre »
kilikili	KA	« amaigrissement, enfant malnutris »
korka	KA	« œdèmes »
kortot	CA	« maladie de la faim », connotation négative
k(h)oumours	GO	« enfant qui n'a pas été allaité depuis sa naissance, ainsi en carence nutritionnelle »
mardan	CA	« malade »
mardan anadjou	CA	« maladie de la faim », connotation négative
megarbil	XX	« peau pliée »
meh	CA	« maladie de la faim »
meusse godo	XX	« manque de sang »
mettertché	CA	XX
mitatif	XX	« gonflement »
monfokha	CA	« joue ou pieds gonflés »
moukartit	CA	« enfant avec gros ventre, pieds gonflés »
(am) nafac	CA	« gonflement »
ndaga	XX	« kwashiorkor »
ndouffo	CA	« œdème »
ouffou	XX	« ballonnement »
rigueiyaka	CA	« maigre »
sabbine	CA	« diarrhée »
souneyyé	CA	XX
sous-tarzia	CA	« malnutrition »
touhal	CA	« maigre avec grand ventre »
tufu	XX	« œdème »
wadja-bahr	XX	« maladie du fleuve »
waram (sing.) / wouroum (pl.)	CA	« enfant gonflé », « œdème »
wolié	GO / KA	« orphelin <u>ou</u> enfant qui était précocement sevré <u>ou</u> enfant mal entretenu en raison des problèmes sociaux ou familiaux »
warama	CA	« œdème », « gonflement du cou »

ANNEXE 2 – MANUEL DE TERRAIN

A. CHECKLIST TERRAIN – VERIFICATION QUOTIDIENNE PAR EQUIPE

A préparer la VEILLE du départ !!

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

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

(Exemple : si tu pars pour 3 jours, il en faut 21 copies des questionnaires des cas couverts et 21 copies des questionnaires des cas non-couverts)

MERCI et BON COURAGE

Julia WIGHT – Consultante SLEAC, UNICEF
(Tél : 65 10 11 17)

Code d'Equipe :

Numéro de Téléphone Superviseur :

Numéro de Téléphone Chauffeur :

B. TERMINOLOGIE PCIMA d'ENQUETE

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

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

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

1. Demander et noter les limites du village et les ferricks rattachés.
2. Demander au chef du village de vous fournir un **informateur clé** que vous avez déjà identifié. Poser la question pour trouver les cas (en utilisant la terminologie du définition de cas).
3. Poser la question pour trouver les enfants qui sont malades et donc qui pourrait être souffrant de la malnutrition (utiliser la définition de cas et commencer à faire une liste des noms des possibles enfants et parents – s'il / elle connaît des enfants de 6-59 mois qui sont malades – surtout avec fièvre/diarrhées (si il faut mieux définir tu peux utiliser les mots de œdème, très maigres ou qui sont dans un programme de PCIMA / qui mangent l'ATPE).

DEFINITION DE CAS : des enfants de 6-59 mois qui sont malades – surtout avec fièvre/diarrhées (si il faut mieux définir tu peux utiliser les mots de œdème, très maigres ou qui sont dans un programme de PCIMA / qui mangent l'ATPE)

•

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



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



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

OUI ↙

NON ↘

Cas MAS actuel = MAS

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

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

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

OUI ↙

NON ↘

OUI ↘

Cas COUVERT MAS

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

Cas NON-COUVERT MAS

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

Enfant en VOIE de GUERISON

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

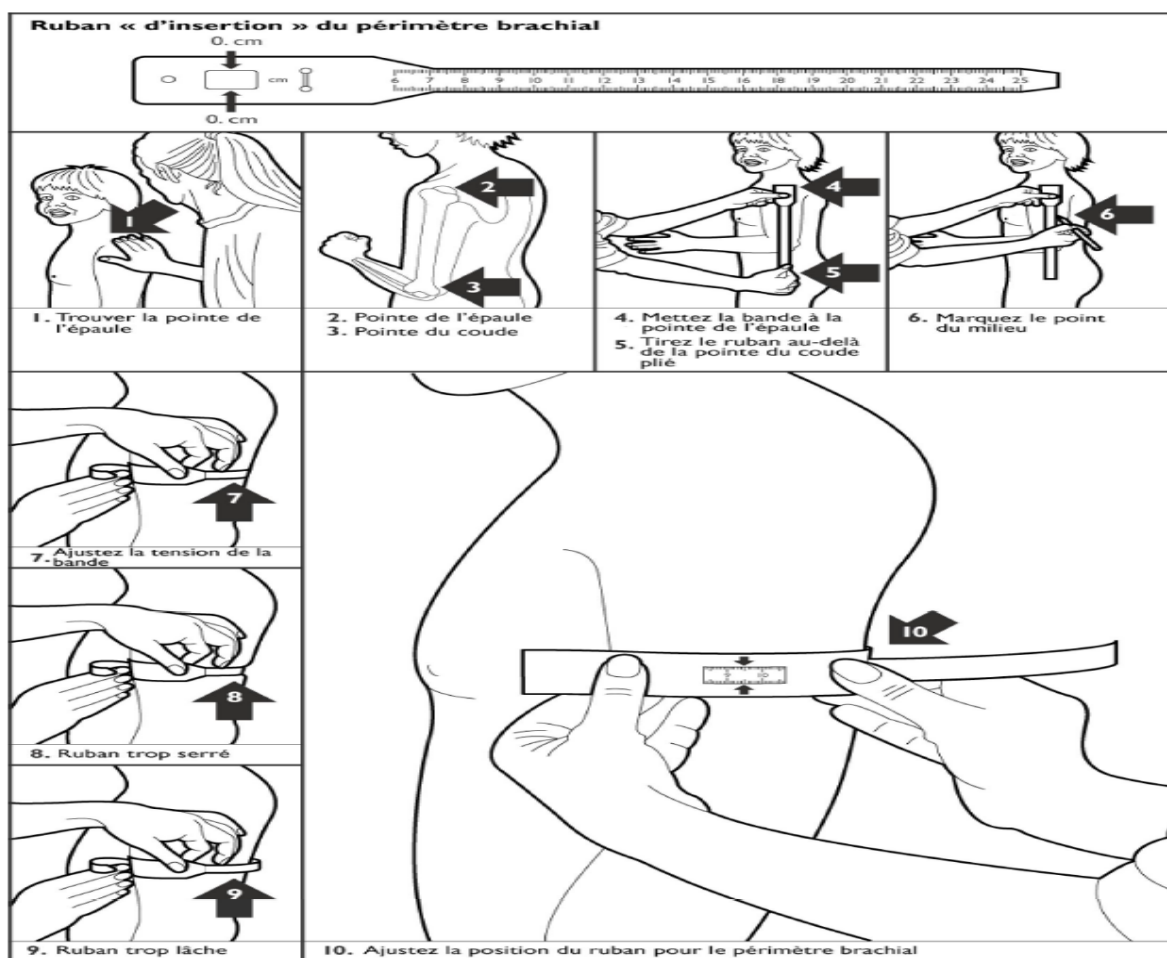
NB : Si il n'y a pas les deux preuves de cas couverts, alors seulement le carnet ou le Plumpy Nut a été vérifier, SVP compléter quand même le **questionnaire des cas COUVERTS** et écrivez le nom de l'enfant sur ce questionnaire

D. MESURES ANTHROPOMETRIQUE

PRISE DES OEDEMES

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

PRISE DU PERIMETRE BRACHIAL



CONSEILS

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

E. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES ROUTINES
Au CENTRE DE SANTE – UNA

Chercher le **responsable du CdS (RCS)** et s'introduire et expliquer les raisons du travail.

1. Demander de voir les registres du programme PCIMA UNA uniquement.
2. Poser la question pour vérifier qui est responsable de remplir les registres (si jamais il y a les questions).
3. Montrer au responsable le fiche de collecte des données pour vérifier que les données sont routines et seront analyser par UNICEF, en collaboration avec le CNNTA.

COLLECTE des INFORMATIONS :

- **NUMERO de REGISTRE (pas le nom de l'enfant)**
- **AGE, SEXE, DISTANCE, TYPE d'ADMISSION**
- **DATE de ADMISSION**
- **ANTHROPOMETRIE ADMISSION**
- **DERNIERE ANTHROPOMETRIE**
- **DATE de SORTIE**
- **DUREE (en semaines)**
- **SORTIE (comme indiqué)**

4. Assurer la collecte des informations **du 1 janvier 2015 au 31 juillet 2015** (7 mois complets)



5. Vérifier que toutes les informations sont COMPLETES pour CHAQUE enfant
6. Remercier le responsable du CdS et continuer avec votre planning d'équipe

FIN de CHAQUE JOURNEE

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

BON COURAGE et MERCI!!!

ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE CAS COUVERTS

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

District sanitaire:

Aire de santé:

Village:

Ethnie:

Équipe:

Date: _____ le ____ 2015

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

☐ Oui → Q5

☐ Non → Q2

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

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 3

3. Pourquoi est-il retourné au programme?

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

a¹. Pourquoi ? _____

☐ b. L'enfant a été guéri et rechuté.

b¹. Pourquoi ? _____

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

☐ Oui

a¹. Combien?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Non

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

(NB : cochez plusieurs réponses)

☐ a. Reconnaissance de la maladie chez l'enfant

☐ c. Echec du traitement traditionnel

☐ e. Courte distance; estimation en km

combien min pour parcourir à pied?

☐ g. Accessibilité (pas des barrières saisonnières)

☐ i. Disponibilité des moyens financiers pour le déplacement

☐ k. Soutien et encouragement du mari

☐ m. Soutien et encouragement des parents avec enfants MAS

☐ o. Soutien et encouragement des voisin(e)s

☐ q. Programme très apprécié par la communauté

☐ s. Disponibilité des intrants nutritionnels

☐ u. Gratuité des soins

☐ w. L'enfant connu a guéri

☐ y. Autres, spécifiez _____

☐ b. Maladie diagnostiquée par le personnel de santé

☐ d. Référencement par le tradipraticien

☐ f. Risques sécuritaires minimales ou non-existants

☐ h. Disponibilité des moyens de déplacement

☐ j. Disponibilité de l'accompagnement pendant le trajet

☐ l. Soutien et encouragement d'un autre membre de famille

☐ n. Soutien et encouragement du relais communautaire

☐ p. Soutien et encouragement des leaders communautaires

☐ r. Personnel du programme est très chaleureux et patient

☐ t. Disponibilité des intrants du traitement systématique

☐ v. Efficacité du traitement (résultats rapides et visibles)

☐ x. Accès au PlumpyNut®

Remerciez le parent

Commentaires:

ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE CAS NON COUVERTS

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

District sanitaire: _____

Aire de santé: _____

Village: _____

Ethnie: _____

Équipe: _____

Date: _____ **le** _____ **2015**

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

☐ Oui

☐ Non → Q4

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

☐ a. Vomissement

☐ b. Fièvre

☐ c. Diarrhée

☐ d. Amaigrissement

☐ e. Manque d'appétit

☐ f. Apathie

☐ g. Gonflement

☐ h. Perte de cheveux

☐ i. Lésion cutanée

☐ j. Autre, spécifiez: _____

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

☐ a. Je ne sais pas

☐ b. Malnutrition

☐ c. Maladie magico-religieuse

☐ d. Amaigrissement

☐ e. Paludisme

☐ f. Diarrhée

☐ g. Autre, spécifiez (en langue locale): _____

☐

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

☐ a. Herbes/racines médicinales

☐ b. Repas enrichis

☐ c. Jeûne

☐ d. Produits médicinales (acheté au marché)

☐ e. Produits médicinales (acheté à la pharmacie)

☐ f. Prière

☐ g. Consultation chez le tradipraticien

☐ h. Consultation au centre de santé

☐ i. Pas de traitement

☐ j. Autre, spécifiez: _____

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

2. Savez-vous qu'il y a un service au CdS où ils traitent la malnutrition ? Que savez-vous de ce service ?

☐ Oui,

☐ Non → STOP

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

(NB : cochez plusieurs réponses)

☐ a. Trop loin; distance à parcourir à pied _____
combien d'heures? _____

☐ b. Insécurité

☐ c. Inaccessibilité (inondation saisonnière, etc.)

☐ d. Manque des moyens de déplacement

☐ e. Manque de l'accompagnement

☐ f. Manque des moyens financiers pour le déplacement

☐ g. Refus de mari/famille

☐ h. Manque des moyens financiers pour le traitement

☐ i. Maladie de l'accompagnant(e)

☐ j. Maladie d'un membre de la famille

☐ k. Trop occupé(e); raison: _____

☐ l. Personne pour s'occuper des autres enfants

☐ m. Honte de s'inscrire dans le programme

☐ n. Faible croyance que le programme peut aider l'enfant

☐ o. Peur de séjour hospitalier (éloignement du foyer, frais)

☐ p. Préférence du traitement traditionnel

☐ q. L'enfant rejeté auparavant; quand? _____

☐ r. L'enfant connu a été rejeté

☐ s. Quantité de PlumpyNut® est trop petite pour justifier le déplacement

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

☐Oui

☐Non → **STOP**

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

☐a. Abandon

☐a¹. Quand? _____

☐a². Pourquoi? _____

☐b. Enfant déchargé guéri

☐b¹. Quand? _____

☐c. Enfant déchargé non-guéri

☐c¹. Quand? _____

☐c². Pourquoi? _____

☐d. Autre raison, spécifiez: _____

STOP

Remerciez le parent

Commentaires:

ANNEXE 5 – FICHE COLLECTE DONNÉES DÉPISTAGE MAS ET MAM

RAC - FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES DE DÉPISTAGE DES CAS MAS

District sanitaire :

Aire de santé : _____

Village : _____

Equipe : _____ Date : _____ 2015

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	SEXE (M/F)	DISTANCE AU CS	AGE (MOIS)	ŒDÈMES (+, ++, +++)	PB (MM)	CAS DE L'ENFANT		CONFIRMATION
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN				☐ ≥ 115 ☐ ≤ 114	☐ EN VOIE DE GUÉRISON ☐ CAS MAS COUVERT ☐ CAS MAS NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'NUT (ROUGE)

RAC - FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES DE DÉPISTAGE DES CAS MAM

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	SEXE (M/F)	DISTANCE AU CS	AGE (MOIS)	PB (MM)	CAS DE L'ENFANT		CONFIRMATION
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)
		☐ PRÈS ☐ LOIN ☐ TRÈS LOIN			≥ 115 & < 125	☐ CAS MAM COUVERT ☐ CAS MAM NON COUVERT	PROGRAMME : OUI / NON ☐ CARNET DE SANTÉ ☐ PLUMPY'SUP (ORANGE)

ANNEXE 6 – PLANIFICATION DES ÉQUIPES

				AOUT 2015							SEPTEMBRE 2015																					
				D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
				23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	**Jour de Voyage																															
Planning des Mouvements - Collecte des Donnees	Nombre de Villages à Visiter	Nombre de CdS à Visiter	Superviseurs	Nombre énumérateurs																												
AXE de L'OUEST																																
Planning de Barh el Gazel - MOUSSOR	21	4	S1	12			6 équipes			à CHADDRA																						
Planning de Barh el Gazel - CHADDRA	56	2	S1							6 équipes						à MONDO																
Planning de Kanem- MAO	27	6	S2	12			6 équipes			à NOUKOU																						
Planning de Kanem- NOUKOU	113	2	S2							6 équipes	6 équipes								à RIGRIG													
Planning de Kanem- RIG-RIG	56	2	S2																6 équipes	FIN												
Planning de Kanem- MONDO	60	2	S1															6 équipes	FIN													
Planning de Lac - BAGASSOLA	137	2	S3	12			6 équipes											à BOL														
Planning de Lac - BOL	48	3	S3-S4																6 équipes	à NGOURI												
Planning de Lac - NGOURI	54	3	S3-S4																		10 équipes	FIN										
Planning de N'Djamena - NORD	14	2	S8-S4	18			9 équipes	à SUD																								
Planning de N'Djamena - SUD	19	2	S8-S4				9 équipes	à MASSAKORY																								
Planning de Hadjer Lamis - MASSAKORY	35	2	S4-S8	18						9 équipes						à BOKORO																
Planning de Hadjer Lamis - BOKORO	45	2	S4-S8											9 équipes		à MASSAGUET																
Planning de Hadjer Lamis - MASSAGUET	73	2	S4-S8												4 équipes									FIN								
AXE de L'EST																																
Planning de Batha - YAO	29	2	S5	12			6 équipes			à ATI																						
Planning de Batha - ATI	18	2	S5								6 équipes					à OUM HADJER																
Planning de Batha - OUM HADJER	85	2	S5													6 équipes							FIN									
Planning de Salamat - AMTIMAM	24	2	S6	12			6 équipes			à ABOUDEIA																						
Planning de Salamat - ABOUDEIA	35	2	S6								6 équipes					à MANGALME																
Planning de Geura - MANGALME	44	2	S6													6 équipes			à MONGO													
Planning de Geura - MONGO	15	3	S6														6 équipes	à BITKINE														
Planning de Guera - BITKINE	55	2	S6																6 équipes					FIN								
Planning de Guera - MELFI	57	2	S9																	6 équipes				FIN								
Planning de Wadi-Fira - BILTINE	29	3	S7	12			6 équipes			à MALTADJANA																						
Planning de Wadi-Fira - MALTADJANA	53	2	S7										6 équipes			à IRIBA																
Planning de Wadi-Fira - IRIBA	16	2	S7															6 équipes	à GUERADA													
Planning de Wadi-Fira - GUERADA	49	3	S7																6 équipes					FIN								
Planning de Ouaddai - ABECHE	17	4	S8	10												5 équipes			à ADRE													
Planning de Ouaddai - ADRE	22	3	S8																5 équipes					à ABDI								
Planning de Ouaddai - ABDI	17	2	S8																				5 équipes	FIN								
Planning de Sila - GOZBEIDA	10	4	S9	12			6 équipes			à AMDAM																						
Planning de Sila - AMDAM	96	2	S9	12							6 équipes									à MELFI												

ANNEXE 7 – FICHE DE SUPERVISION DE TERRAIN

District sanitaire: _____ Aire de santé: _____

Village: _____ Équipe: _____

Numéro de visite: _____ Date: _____ le ____ ____ 2015

L'informateur clé a été informé sur la définition des cas : ☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS

L'équipe effectue la recherche des cas actifs et adaptives : ☐ BIEN FAIT ☐ ERREURS

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

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

CONSEILLEMENT et CORRECTIONS DONNER: _____

Évaluation de la prise du PB :

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

CONSEILLEMENT et CORRECTIONS DONNER: _____

Évaluation du remplissage des fiches et questionnaires :

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

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

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

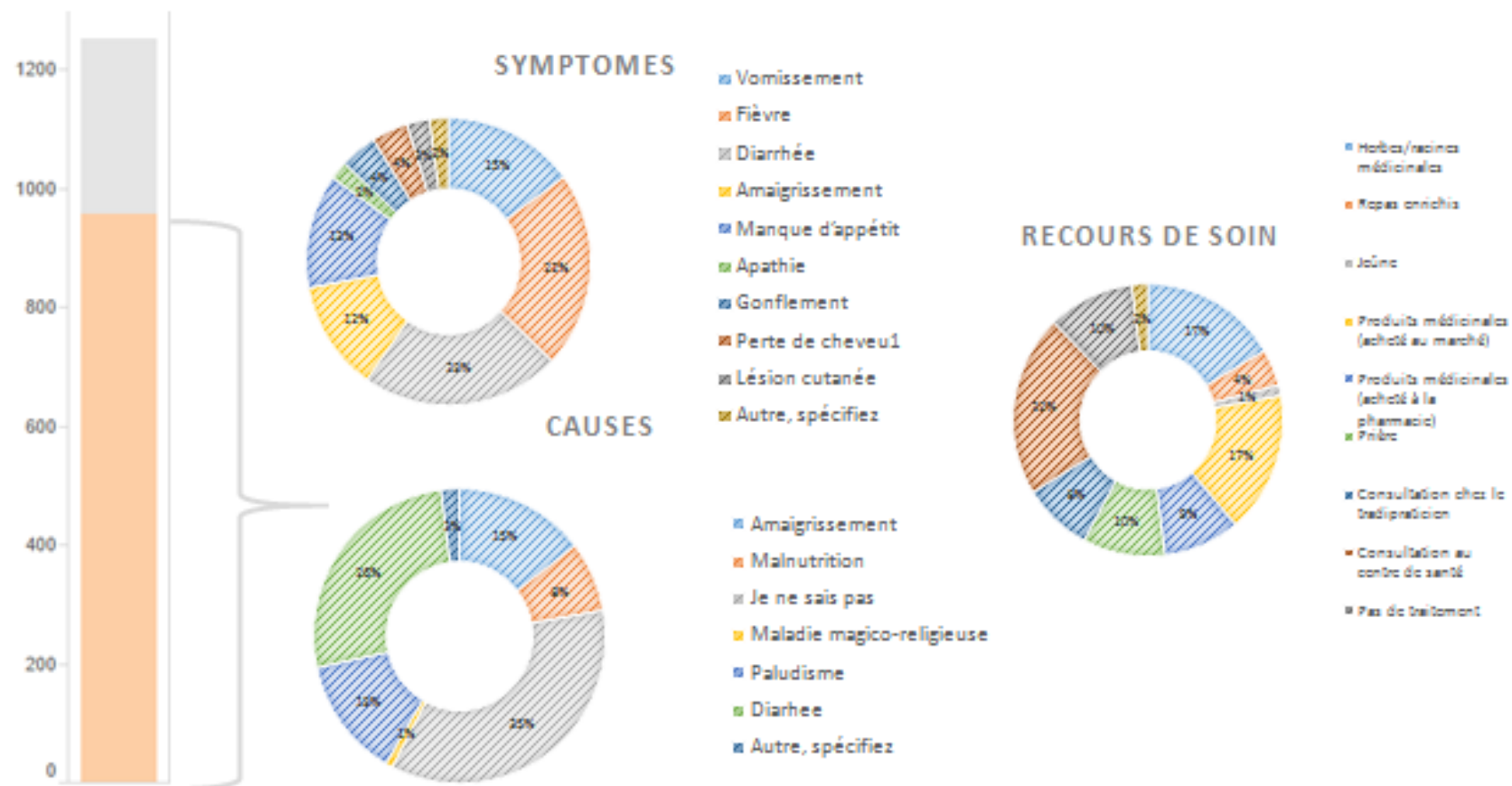
ANNEXE 8 – FICHE COLLECTE DE DONNÉES DE ROUTINE

[illegible]

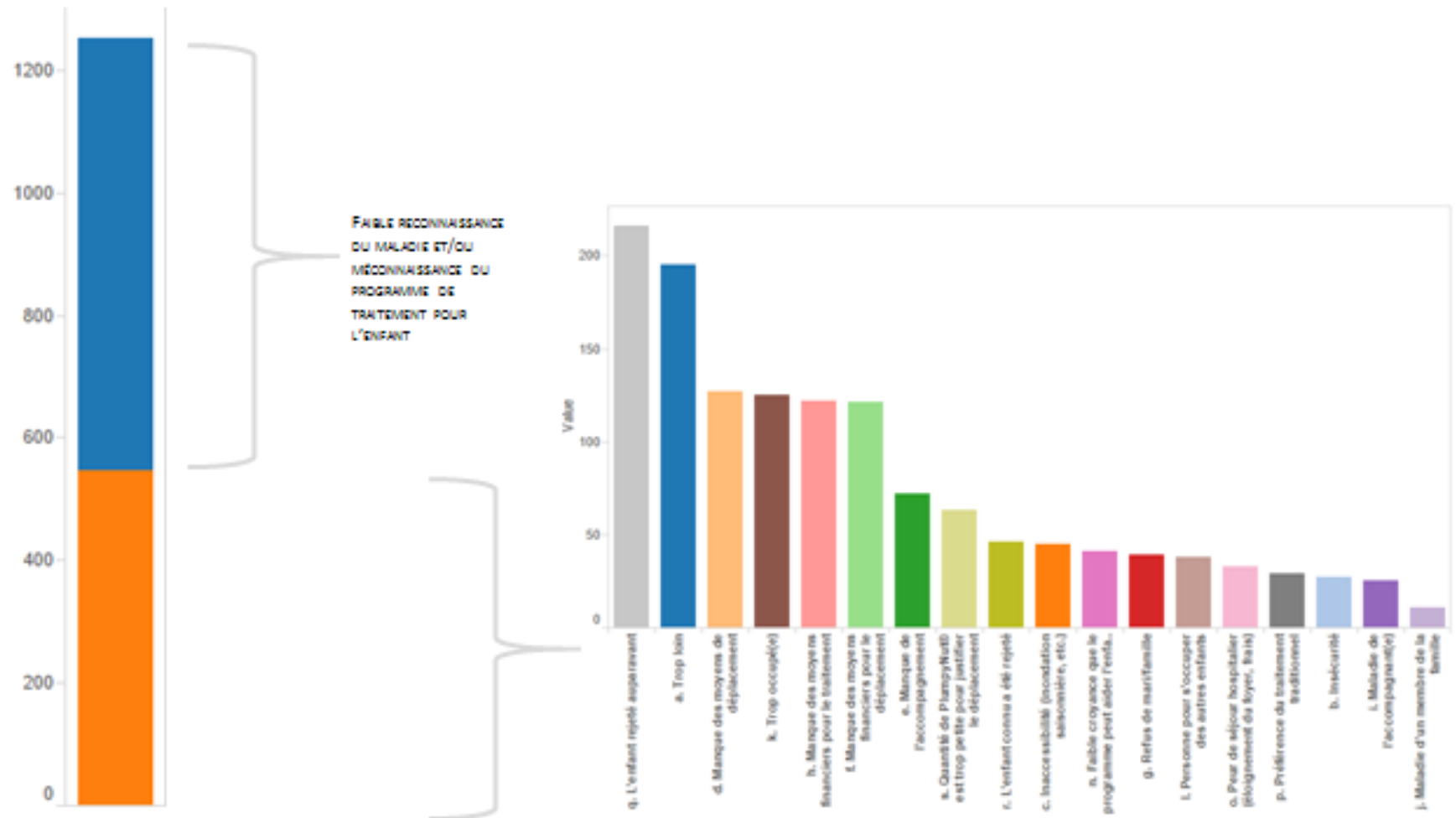
ANNEXE 9 – CALCUL CLASSIFICATION DE COUVERTURE RÉGIONAL

Region	Nombre de cas MAS	Nombre de cas MAS couverts par le programme	Seuil de décision inférieur (d1)	Seuil de décision supérieur (d2)	No de cas de MAS : <d1, ou entre d1-d2, ou >d2	CLASSIFICATION de la Couverture
BARH-EL-GAZEL	46	9	9	23	d1-d2	Faible
BATHA	129	38	25	64	d1-d2	Modérée
GUERA	261	79	52	130	<d1	Modérée
HADJER LAMIS	301	61	60	150	d1-d2	Modérée
KANEM	212	40	42	106	d1-d2	Faible
LAC	243	34	48	121	<d1	Faible
N'DJAMENA	91	36	18	45	<d1	Modérée
OUADDAI	95	40	19	47	<d1	Modérée
SALAMAT	109	42	21	54	<d1	Modérée
SILA	55	16	11	27	<d1	Modérée
WADI FIRA	201	91	40	100	<d1	Modérée

ANNEXE 10 – INFOGRAPHIQUE CONNAISSANCE



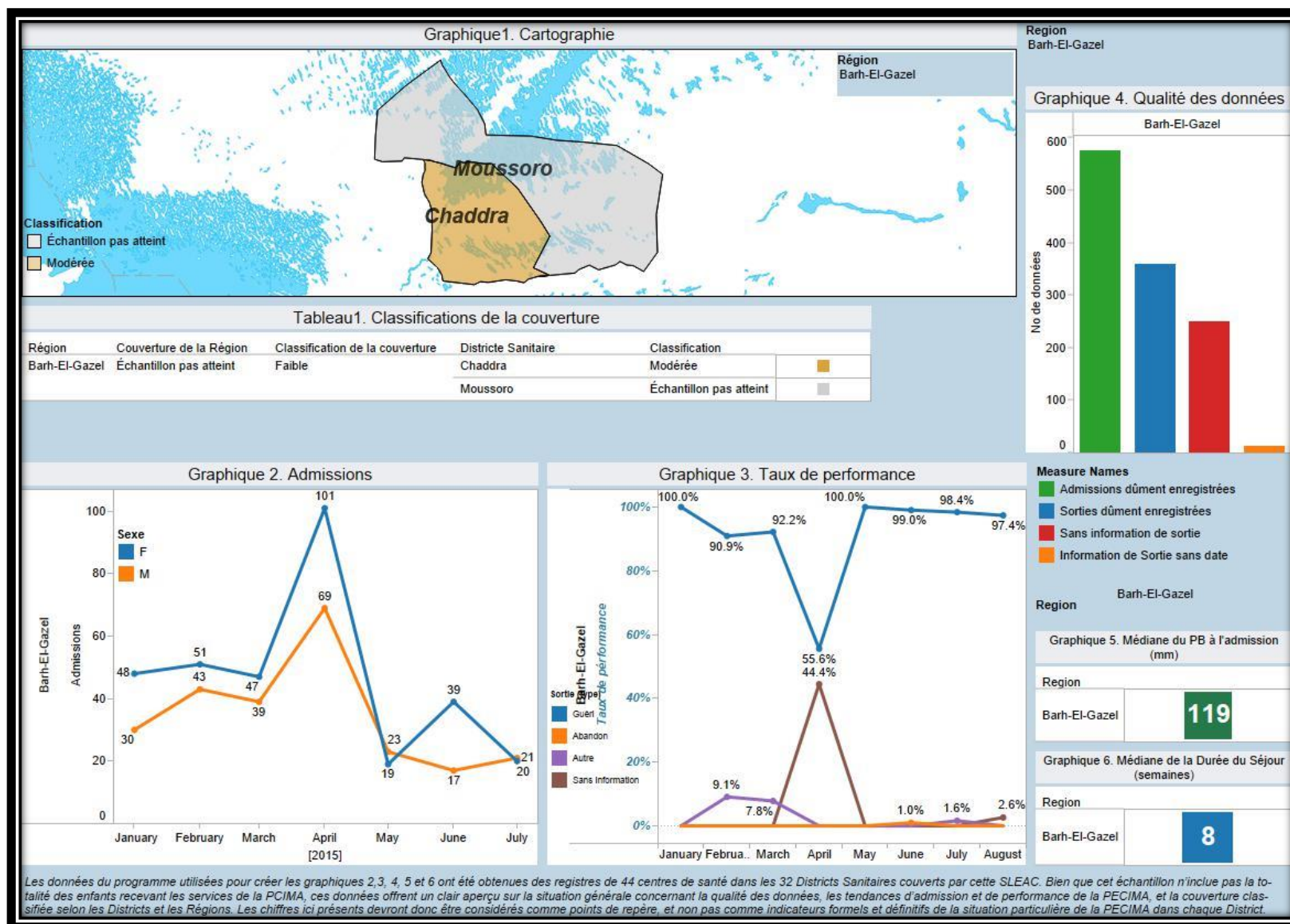
ANNEXE 11 – INFOGRAPHIQUE BARRIÈRES D'ACCÈS



ANNEXE 12 – ETHNIE RÉPONDANTS QUESTIONNAIRES

Arabe	Gorane	zagawa	Boulala	
KANEMBOU	Boudouma	Kanambou	Hadjarai	TAMA
		Dadjo		
	Ouaddai			
		Moubi	Foulata	
			Kotoko	

ANNEXE 13 – INFOGRAPHIQUES DU SLEAC PAR RÉGION



Graphique1. Cartographie

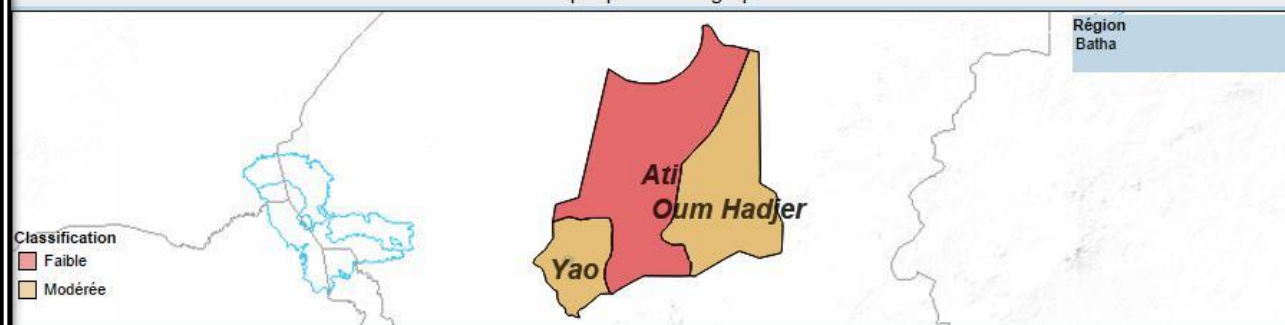
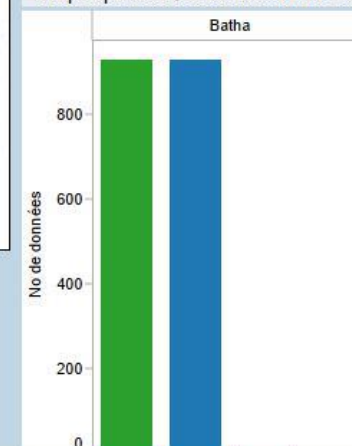


Tableau1. Classifications de la couverture

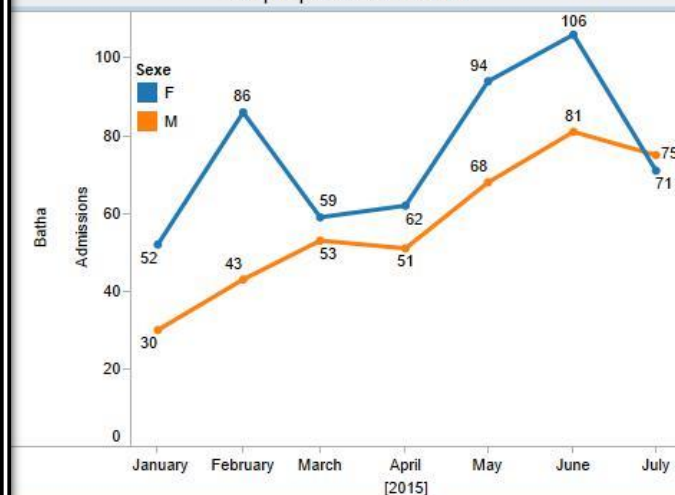
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Batha	21.5% [C.I 11.5 - 31.5%]	Modérée	Ati	Faible
			Oum Hadjer	Modérée
			Yao	Modérée

Region
Batha

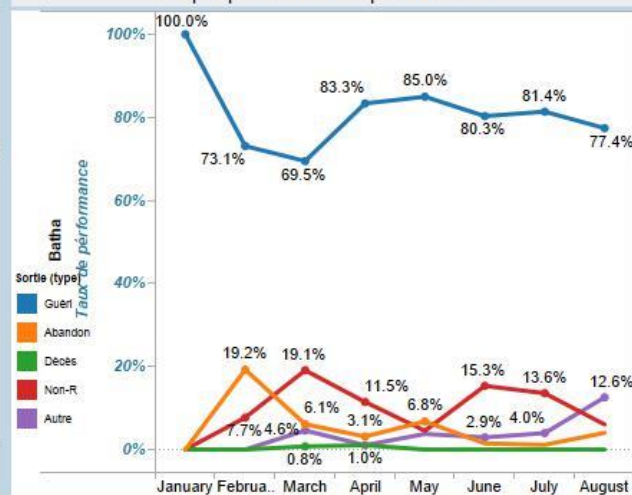
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions d'ument enregistrées
- Sorties d'ument enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Batha

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Batha	115

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Batha	6

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

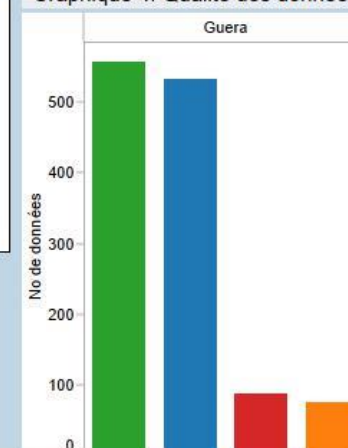


Tableau1. Classifications de la couverture

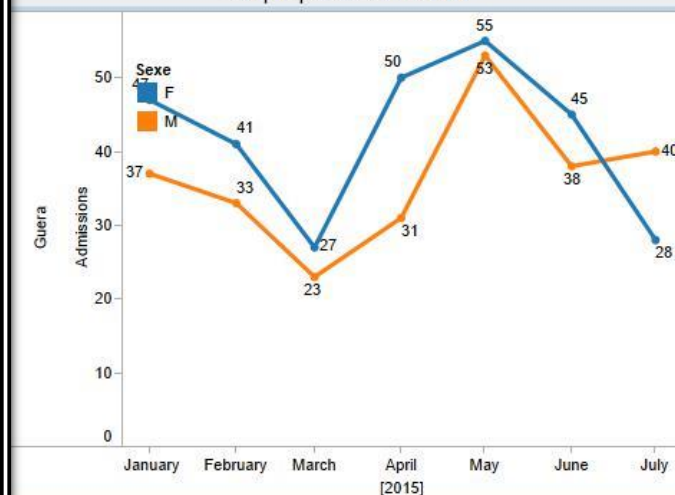
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Guera	31.8% [C.I 24 - 39.6%]	Modérée	Bitkine	Modérée
			Mangalme	Faible
			Melfi	Modérée
			Mongo	Modérée

Region
Guera

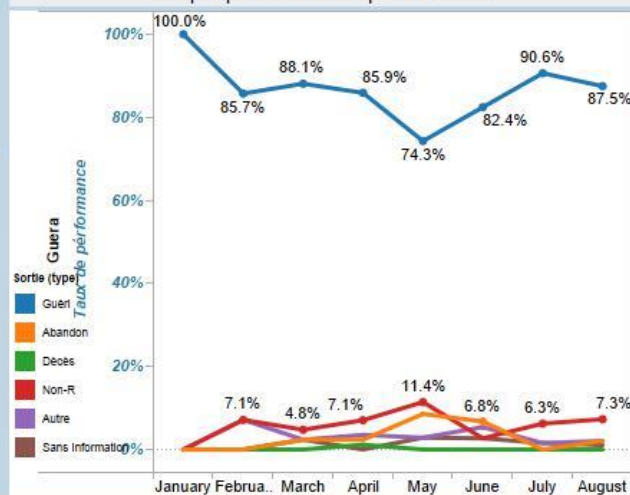
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dûment enregistrées
- Sorties dûment enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Guera

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Guera	115

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Guera	7

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

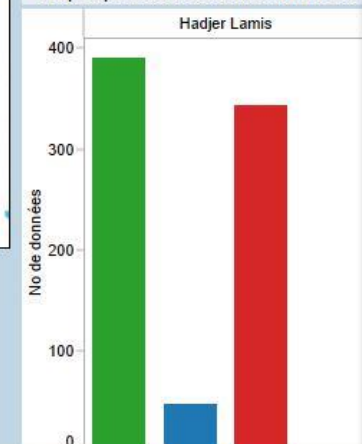


Tableau1. Classifications de la couverture

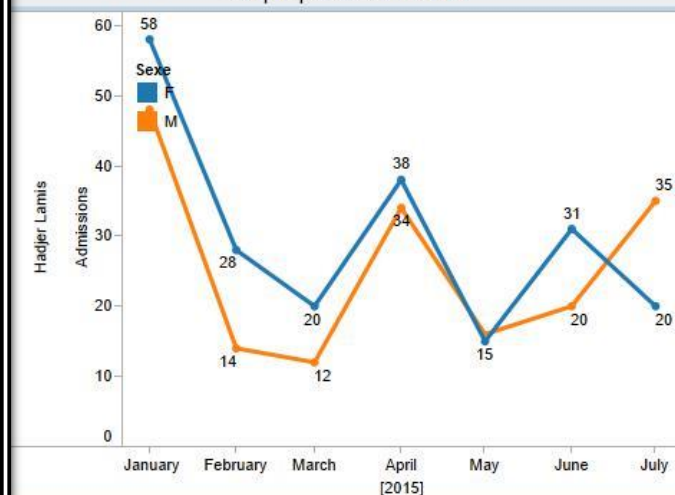
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Hadjer Lamis	22.6% [C.I 17.6 - 27.6%]	Modérée	Bokoro	Modérée
			Massaguet	Faible
			Massakory	Modérée

Region
Hadjer Lamis

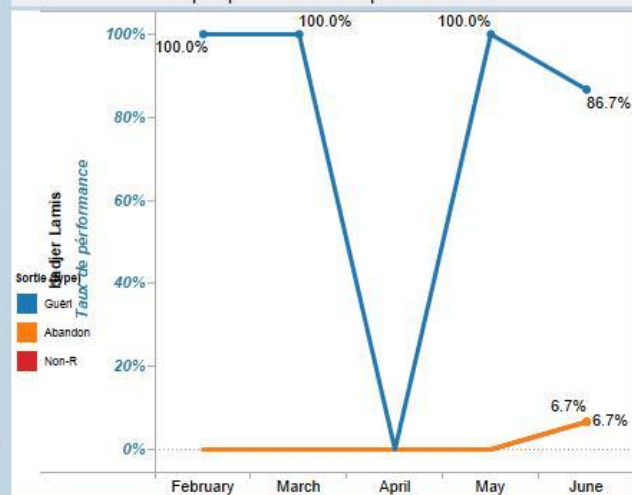
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dument enregistrées
- Sorties dument enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Hadjer Lamis

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Hadjer Lamis	114

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Hadjer Lamis	5

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

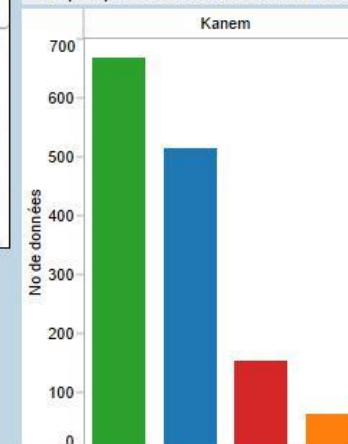


Tableau1. Classifications de la couverture

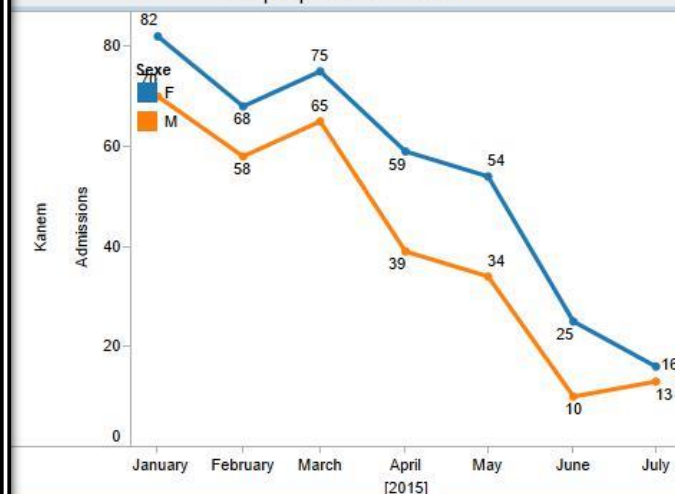
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Kanem	17.6% [C.I 9.2 - 26%]	Faible	Mao	Faible
			Mondo	Faible
			Noukou	Faible
			RigRig	Modérée

Region
Kanem

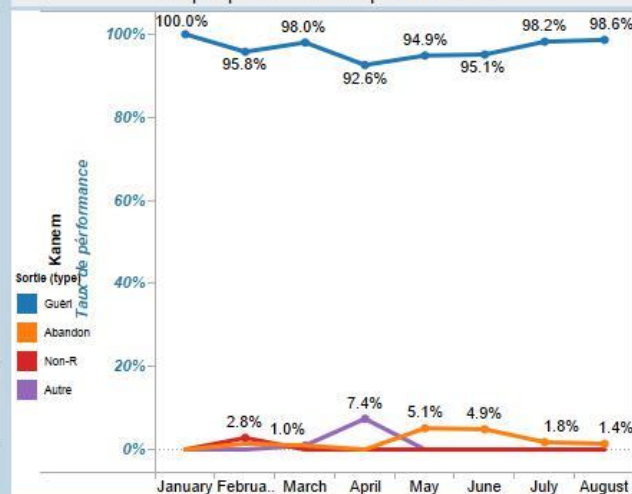
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dument enregistrées
- Sorties dument enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Kanem

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Kanem	114

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Kanem	8

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

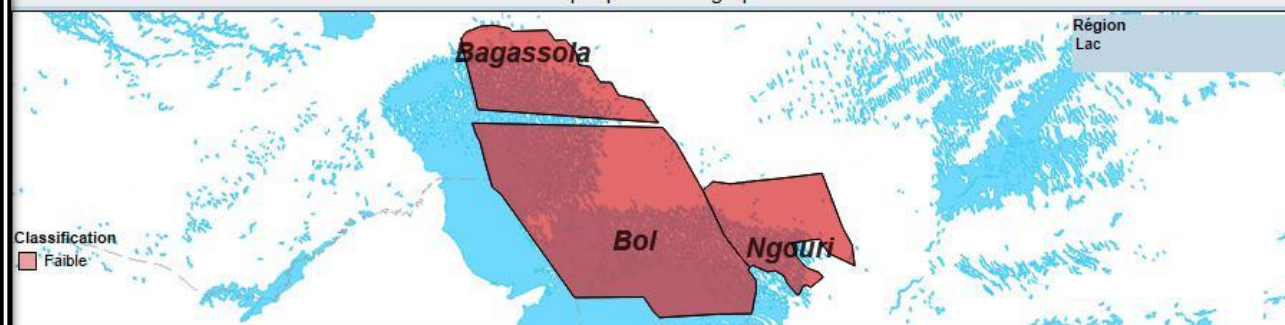
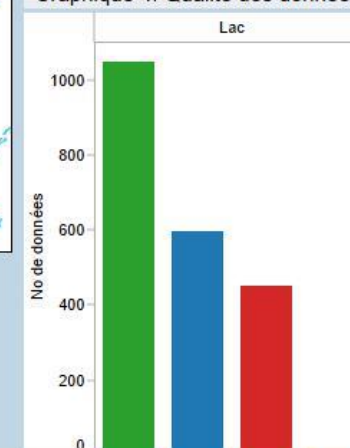


Tableau1. Classifications de la couverture

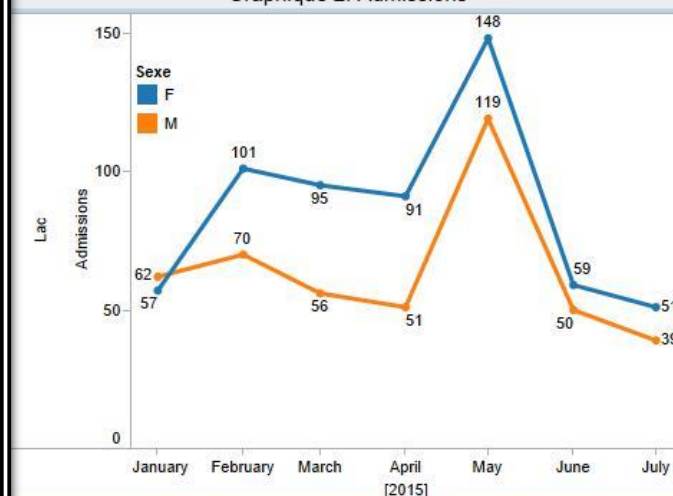
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Lac	16% [C.I 10.2 - 21.8%]	Faible	Bagassola	Faible
			Bol	Faible
			Ngouri	Faible

Region
Lac

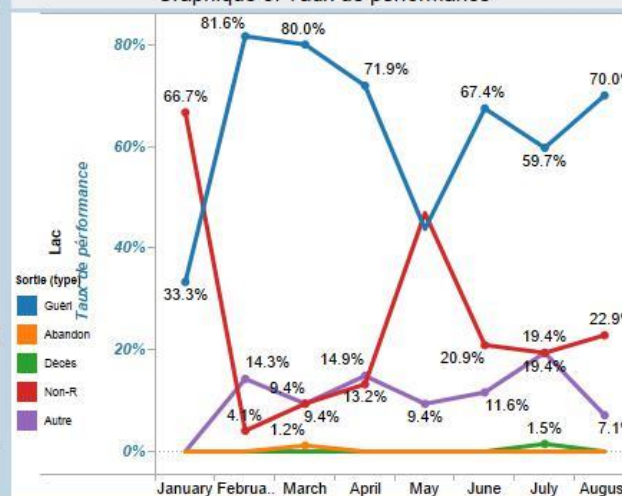
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dûment enregistrées
- Sorties dûment enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Lac

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	Lac
Lac	115

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	Lac
Lac	4

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

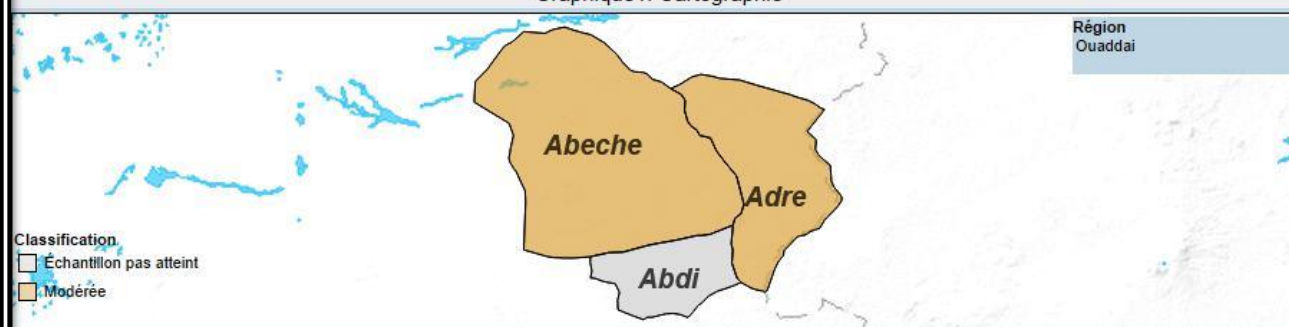
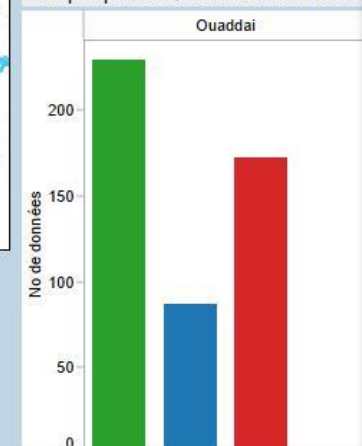


Tableau1. Classifications de la couverture

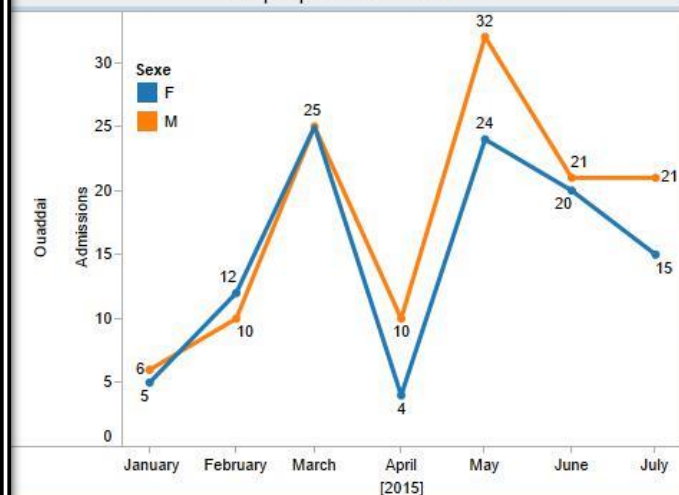
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Ouaddai	41% [C.I 31.2 - 50.8%]	Modérée	Abdi	Echantillon pas atteint
			Abeche	Modérée
			Adre	Modérée

Region
Ouaddai

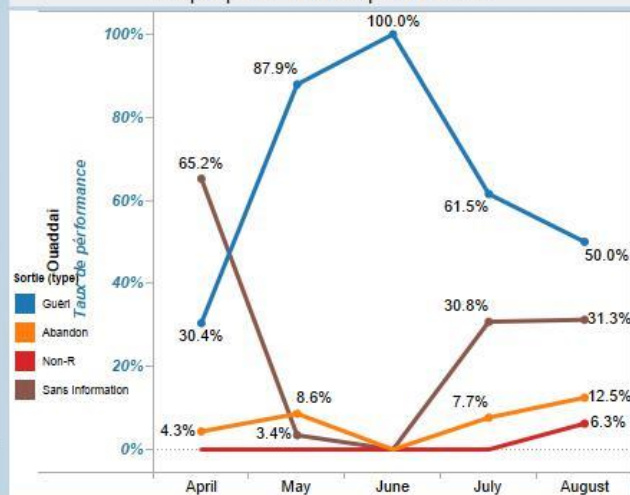
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dûment enregistrées
- Sorties dûment enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Ouaddai

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Ouaddai	110

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Ouaddai	10

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

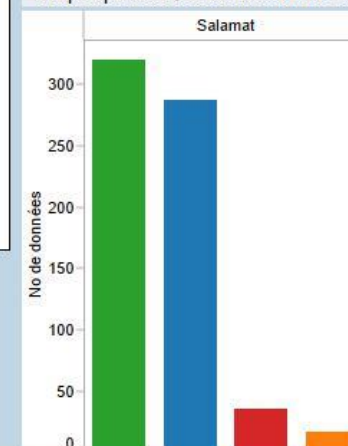


Tableau1. Classifications de la couverture

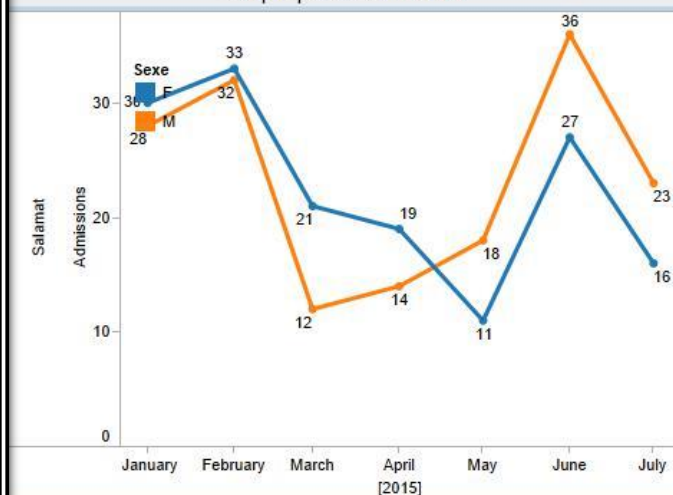
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Salamat	35% [C.I 25.3 - 44.6%]	Modérée	Aboudeja	Modérée
			Amtiman	Modérée

Region
Salamat

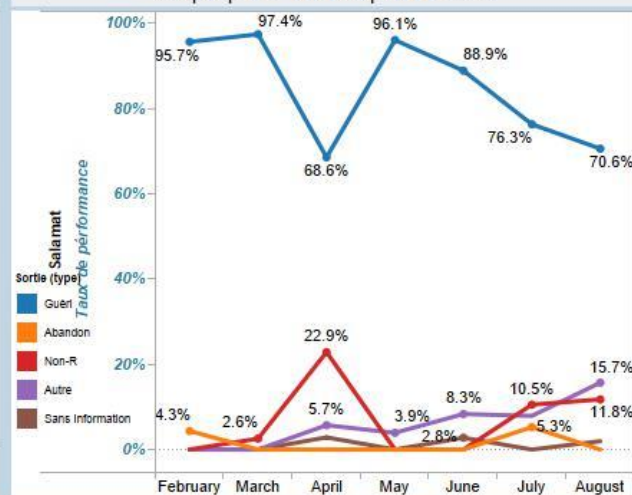
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dûment enregistrées
- Sorties dûment enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Salamat

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Salamat	114

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Salamat	6

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

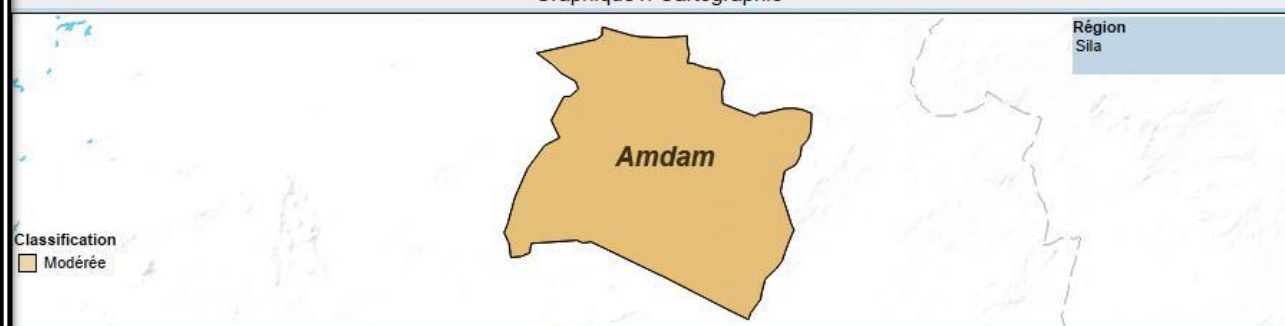
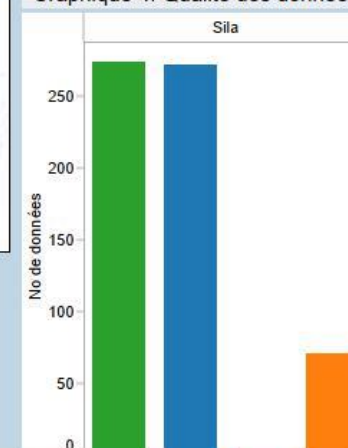


Tableau1. Classifications de la couverture

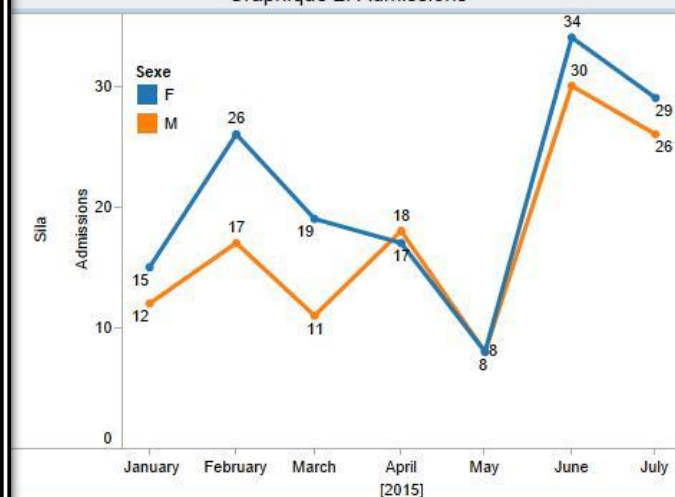
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Sila	Échantillon pas atteint	Élevée	Amdam	Modérée
			Goz-beida	Échantillon pas atteint

Region
Sila

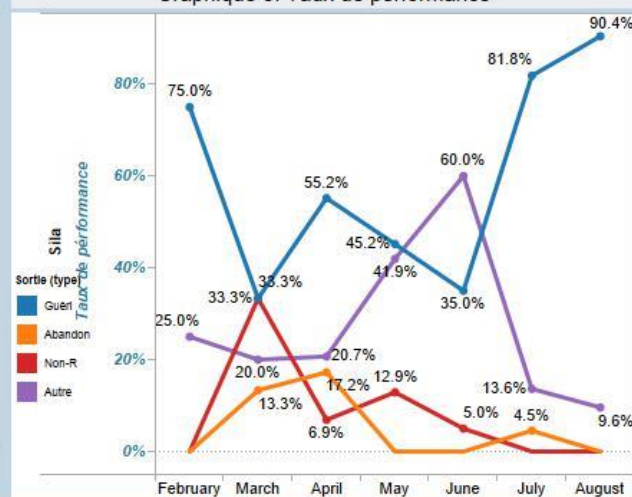
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dûment enregistrées
- Sorties dûment enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Sila

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	Sila
Sila	120

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	Sila
Sila	7

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.

Graphique1. Cartographie

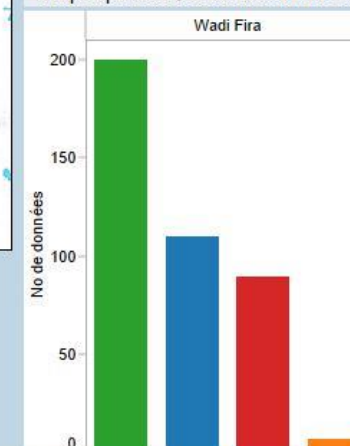


Tableau1. Classifications de la couverture

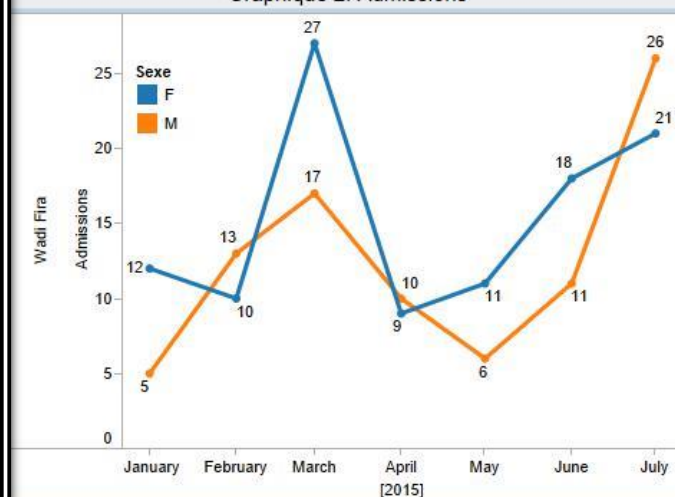
Région	Couverture de la Région	Classification de la couverture	Districte Sanitaire	Classification
Wadi Fira	42.9% [C.I 36.1 - 49.8%]	Modérée	Biltine	Élevée
			Guereda	Modérée
			Iriba	Modérée
			Matadjana	Faible

Region
Wadi Fira

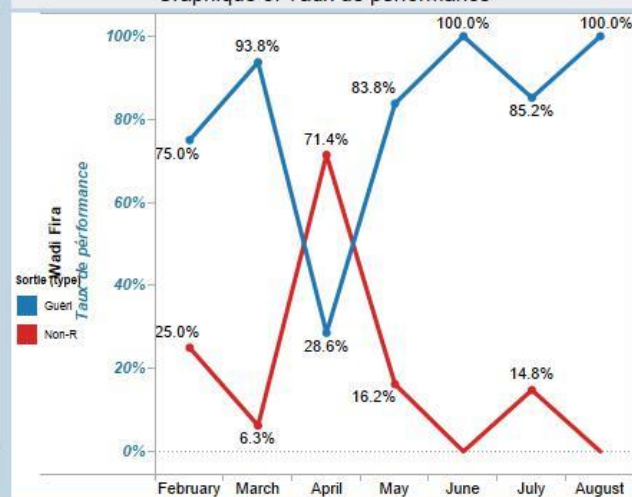
Graphique 4. Qualité des données



Graphique 2. Admissions



Graphique 3. Taux de performance



Measure Names

- Admissions dument enregistrées
- Sorties dument enregistrées
- Sans information de sortie
- Information de Sortie sans date

Region
Wadi Fira

Graphique 5. Médiane du PB à l'admission (mm)

Region	
Wadi Fira	114

Graphique 6. Médiane de la Durée du Séjour (semaines)

Region	
Wadi Fira	7

Les données du programme utilisées pour créer les graphiques 2, 3, 4, 5 et 6 ont été obtenues des registres de 44 centres de santé dans les 32 Districts Sanitaires couverts par cette SLEAC. Bien que cet échantillon n'inclue pas la totalité des enfants recevant les services de la PCIMA, ces données offrent un clair aperçu sur la situation générale concernant la qualité des données, les tendances d'admission et de performance de la PECIMA, et la couverture classifiée selon les Districts et les Régions. Les chiffres ici présents devront donc être considérés comme points de repère, et non pas comme indicateurs formels et définitifs de la situation particulière de la PECIMA dans chaque District.