



RAPPORT DE L'INVESTIGATION SQUEAC DE SUIVI

NOM DU PROGRAMME : Prévention et traitement de la malnutrition dans la province du Gourma au Burkina Faso

LIEU : Fada N'Gourma, Burkina Faso

DATE DE L'INVESTIGATION : 09 au 15 Décembre 2015

AUTEUR(S) : Hassoumi B. ABDOULAZIZE, Joseph GUITANGA, Cyrille MINOUGOU

TYPE D'ENQUÊTE : SQUEAC de suivi

TYPE DE PROGRAMME : Renforcement du système de santé dans le traitement de la malnutrition

ORGANISATION DE MISE EN OEUVRE : Action Contre la Faim (ACF) France



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
ABRÉVIATIONS	4
RESUME.....	5
INTRODUCTION	7
CONCLUSIONs DE LA DERNIERE SQUEAC/sleac.....	9
RESULTATS.....	12
ESTIMATION DE LA COUVERTURE A PRIORI	15
DISCUSSION ET CONCLUSION	16
RECOMMANDATIONS ET PLAN D’ACTION	18
ANNEXES	20

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette évaluation: à l'équipe cadre du District Sanitaire de Fada N'Gourma, au personnel des structures de santé, ainsi qu'aux communautés visitées pour leur collaboration et participation active.

Merci également à toute l'équipe d'investigateurs et investigatrices, ainsi qu'aux superviseurs pour la qualité de leur travail et leur motivation. Aux chauffeurs sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé nous disons un grand merci.

Enfin, nous adressons un remerciement spécial à l'équipe du Coverage Monitoring Network en la personne de: Lenka Blanárová et Aziz Goza, pour leur appui à distance constant depuis la planification de l'enquête jusqu'à sa réalisation.

ABRÉVIATIONS

ASBC: Agents de santé à base communautaire
ASDI: Agence Suédoise de Développement International
ATPE: Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BBQ: Barrières, Boosters et Questions
CISSE: Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CNS: consultation des nourrissons sains
CPE: Consultation Préventive de l'Enfant
CREN: Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRS: Direction Régionale Sanitaire
DS: District Sanitaire
ECD: Equipe Cadre de District
FS: Formation Sanitaire
GRET: Groupe de Recherche et d'Echange Technologique
HKI: Helen Keller International
ICP: Infirmier Chef de Poste
IDE: Infirmier Diplôme d'Etat
IRA: Infection Respiratoire Aigue
MAG: Malnutrition aigüe globale
MAM: Malnutrition aigüe modérée
MAS: Malnutrition aigüe sévère
ME: Maïeuticien d'Etat
MEG: Médicament Essentiel Générique
NAC: Nutrition à Assise Communautaire
OBCE: Organisation à Base Communautaire d'Exécution
ONG: Organisation non gouvernemental
PAM: Programme Alimentaire Mondial
PB: Périmètre Brachial
PCA: Prise en Charge Ambulatoire
PCIMA: Prise en Charge intégrée de la Malnutrition Aigue
PEC: Prise en Charge
RGPH: Recensement General de la Population et de l'Habitat
RP: Responsable programme Sante-Nutrition
Rpro: Responsable projet
SMART: Standardized Monitoring & Assessment of Relief and Transitions
SQUEAC: Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
TPS : Tradipraticiens de santé

RESUME

En 2014, le programme Nutrition-Santé de Fada a réalisé des enquêtes de couvertures: une investigation SQUEAC du 15 janvier au 11 février qui a concerné le district sanitaire de Fada et une SLEAC du 04 au 12 Novembre dans toute la région de l'Est avec des couvertures respectives de 48% [IC 95% : 37,6%-58,4%] et couverture modérée 41,03 [IC 95% ≈ 33,84% ; 48,21%] pour l'ensemble de la région (couverture globale). Ces investigations ont permis donc d'identifier des barrières à l'accès aux soins, de formuler des recommandations et de proposer des activités.

Ainsi, les activités suivantes ont été réalisées après la SLEAC:

- implication des ASBC, des mères d'enfants de 0 à 24 mois les groupements féminins les mères d'enfants guéris pour les activités de sensibilisation et/ou de dépistage dans le cadre d'un projet pilote mis en œuvre dans une commune du Gourma;
- planification et réalisation de journée événementielle impliquant tout le monde: Journée de Promotion de la Nutrition (JProNut);
- élaboration d'affiches;
- sensibilisation lors des CPE par les Rpros Nut;
- prise en compte des hommes dans la stratégie de communication;
- adaptation de la prise en charge (souplesse des jours, double-ration ou stratégie avancée selon le calendrier agricole;
- recrutement d'animateurs pour renforcer les activités communautaires;
- rémunération des ASBC (dans la commune de Diapangou) pour la réalisation d'un paquet d'activités continues y compris les dépistages continus;
- appui technique par les Rpros, formation sur sites réalisées depuis début avril (ASDI 4): tous les agents de santé des CSPS ont bénéficié au moins d'une formation sur site;
- renforcement de la collaboration entre TPS et agents de santé par la mise en place de cadre de concertation entre agents de santé et TPS;
- rencontres périodiques organisées entre ACF, la DRS et le PAM;
- rencontres ACF-ECD-Agents de santé sur la gestion des intrants et la qualité de la PEC MA;
- prise en compte de certaines recommandations du diagnostic du système de santé dans les plans d'action du district sanitaire;
- augmentation du nombre de jours de dépistage; supervisions conjointes des activités; identification de 02 ASBC par villages;
- communication réalisée autour de la subvention des soins et affichages des tarifs dans les centres de santé;
- formations des ASBC, des TPS et des leaders religieux en partenariat avec le GRET.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des recommandations et activités, une investigation de suivi s'est déroulée du 09 au 15 décembre 2015 afin de s'assurer de la levée ou non des barrières de la dernière SQUEAC et/ou SLEAC, de l'apparition ou non de nouvelles barrières afin de reformuler de recommandations suite au changement du contexte.

Suite à l'analyse des données qualitatives collectée lors des focus groupes et/ou entretiens individuels, deux (02) barrières ont gardé pratiquement la même place entre les deux (02) enquêtes et font toujours partie des cinq (05) principales: Irrégularité du dépistage et recours tardif aux centres de santé.

Les barrières comme le mauvais accueil, la longue durée d'attente, la mauvaise connaissance de la cible et l'insuffisance d'explication aux mères semblent être plus ou moins levées; cependant les barrières telles que les deux (02) principales citées plus haut ainsi que le partage du PPN, la stigmatisation (discrimination, honte des mères, maladie contagieuse), l'insuffisance des séances de sensibilisation, la méconnaissance des signes du kwashiorkor, la méconnaissance du programme de prise en charge de la malnutrition, les abandons dues à l'inaccessibilité saisonnière et la distance persistent toujours.

Ensuite, afin d'améliorer davantage la couverture et l'accessibilité du programme de prise en charge de la malnutrition les recommandations suivantes ont été proposées pour lever ou diminuer l'influence de certaines barrières:

- Renforcer les activités de sensibilisation en recherchant des approches innovantes (changer de canaux ou d'outils, téléphonie mobile par exemple)
- Trouver des stratégies pour éviter les abandons liés à l'inaccessibilité en saison pluvieuse
- Dynamiser le dépistage continu par une meilleure participation communautaire
- Mener des actions de lutte contre la stigmatisation liée à la MAS
- Améliorer la disponibilité des intrants nutritionnels.

INTRODUCTION

CONTEXTE

Le district sanitaire de Fada N’Gourma est situé dans la région de l’Est et couvre l’ensemble de la province du Gourma avec une population de 403802 habitants en 2015 (PA DS 2015). D’une superficie de 11200 km², il est l’un des plus vastes districts du pays. Il est limité à l’Est par le district sanitaire de Diapaga, à l’Ouest par le district sanitaire de Koupéla, au Sud par les districts sanitaires d’Ouargaye et de Pama, au Sud-Ouest par le district sanitaire de Tenkodogo, au Nord par le district sanitaire de Gayéri, et au Nord-Ouest par le district sanitaire de Bogandé. L’aire de responsabilité du district correspond au découpage administratif de la province du Gourma.

La population autochtone est composée essentiellement de Gourmantchés (68%), à laquelle s’ajoutent les groupes ethniques qui sont les Mossi (15%), les Peulhs (14%), les Haoussa et les Djerma (PA DS 2015).

La population du district est caractérisée par un fort taux brut de natalité (51,7‰) lié à un taux global de fécondité élevé (226,7‰) - ce qui contribue à un taux d’accroissement relativement élevé (3,5%). Les taux de mortalité générale (11,8‰), infantile (91,8‰), infanto-juvénile (142,6‰) demeurent élevés dans le district et associés à une faible espérance de vie, se chiffrant à 56,5 ans.

Le profil épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles et non transmissibles dont les plus fréquentes sont: le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les parasitoses intestinales. Ces trois principales affections constituent de véritables problèmes de santé publique notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Le paludisme, la diarrhée et les IRA constituent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans avec respectivement 84,62%, 3,84% et 3,84% des décès en 2012. (PA DS 2013).

La malnutrition reste également une préoccupation majeure dans le district sanitaire car elle constitue un facteur aggravant pour la survenue des autres pathologies pour cette cible. Le taux de couverture en Consultation Nourrissons Sains (CNS) chez les moins de deux ans est estimé à 81,66% en 2012 contre 62,52 en 2011. La proportion de la sous-nutrition parmi les moins de 5 ans est passée de 30,69% en 2011 à 31,39% en 2012. Cela s’expliquerait par la redynamisation du dépistage communautaire de la malnutrition aigüe avec l’appui des différents partenaires (ACF, GRET).

Pour des questions de pâturages et de zones culturelles, certaines populations du sud de la province migrent en saison pluvieuse vers l’est et le sud. L’économie repose en grande partie sur les activités agropastorales qui contribuent à plus de 80%. La province renferme d’importants marchés à bétail (Nagré, Tanwalbougou, Namoungou, Piega, Maticoli et Fada), attirant des acheteurs de divers horizons (Togo, Bénin, Ghana, Ouagadougou, Koupela, Pouytenga, etc.)

Sur le plan croyance, la société gourmantché est dominée par la géomancie. Elle est indispensable à tout événement dans la société gourmantché notamment pour tout cas de maladie. Elle tient de ce fait une place importante dans la perception traditionnelle de la maladie. La population fait recours à la géomancie en cas de maladie et celle-ci va déterminer la conduite à tenir.

Au plan éducatif, le taux de scolarisation était de 68,10 % pour l’année scolaire 2013-2014. Ce taux est en deçà du taux brut de scolarisation au niveau national: 79,6% (Cf. Plan d’action triennal d’alphabétisation du Burkina Faso Sept 2012 à Décembre 2015). La faiblesse du taux de scolarisation a pour conséquence la persistance des pratiques néfastes pour la santé.

Le ratio à l’accès à l’eau est d’un point d’eau potable pour 161 habitants en moyenne pour une norme d’un point d’eau pour 300 habitants.

SERVICES DE SANTÉ ET PROGRAMME PCMA DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE FADA N'GOURMA

Le district sanitaire compte au total **41 formations sanitaires** avec 40 CSPS et 1 CREN (Diabo); il existe un autre CREN au sein du CHR de Fada N'Gourma. Au niveau de certains CSPS, les dispensaires (13%), logements (13%) et dépôts MEG sont en mauvais état. De même certains des forages (18%), des latrines (23%) et dépôts MEG (10,25%) sont vétustes et en mauvais état. Seules 20 CSPS sur les 39 répondent aux normes en infrastructures (taux de normalisation = 51,28%) (PA DS 2015).

Hormis les formations sanitaires publiques, il existe d'autres **structures sanitaires** (12) **privées et (07) parapubliques** à caractère lucratif ou non qui contribuent également à l'accès de la population aux soins de santé. Le rayon moyen d'action est de 9,56 Km contre un rayon moyen de 10,73 Km au niveau régional et 7,1 Km au niveau national.

Le nombre de nouveaux contacts par habitant pour la consultation curative était de 0,80 en 2012 contre 0,69 en 2011, ce qui montre une amélioration, mais laisse 20% de la population sans contact avec les centres de santé.

Le district sanitaire ainsi que le CHR de Fada mènent des activités de prise en charge de la malnutrition en collaboration avec les partenaires des Nations Unies, les ONG internationales ainsi que les associations locales, telles qu'ACF, GRET, HKI, UNICEF, PAM, Association Base Fan Dima.

L'ONG Action Contre la Faim sur financement de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI) a commencé ses interventions au DS de Fada N'Gourma en Août 2012 suite à la crise alimentaire de 2012 au Sahel. Le présent projet a pour objectif la « Prévention et traitement de la malnutrition aiguë dans la province du Gourma au Burkina Faso ». Les interventions concernaient au départ deux (02) communes à savoir Matiacoali et Diabo. En Mai 2013, l'appui d'ACF au district s'est étendu à l'ensemble des 06 communes dans les 39 CSPS, le CHR et le CREN confessionnel, toujours avec un financement d'ASDI. Le programme appuie régulièrement le district dans la prise en charge.

D'Avril 2013 à Mars 2015, ACF a mis en place également une approche de Nutrition à Assise Communautaire (NAC) à travers son partenaire GRET qui intervient dans le DS de Fada depuis 2009; les activités de ce partenaire étaient entre autres:

- La formation des ASBC et leaders de la communauté
- Les sensibilisations
- Le plaidoyer
- Les théâtres forum
- Les cinés débats
- Les animations sur certains grands marchés
- Le dépistage communautaire
- La production de farines infantiles
- Les démonstrations de préparation de bouillies enrichies
- L'accompagnement et le renforcement des capacités des Organisation à Base Communautaire d'Exécution OBCE

Mais depuis Avril 2015, ACF met en œuvre un projet pilote de mobilisation communautaire dans la commune de Diapangou centré autour le dépistage continu et le référencement par les mères d'enfants et les ASBC, la recherche des absents et abandons, la réalisation des séances de sensibilisation par les groupements féminins.

CONCLUSIONS DE LA DERNIERE SQUEAC/SLEAC

La dernière SQUEAC réalisée du 15 janvier au 11 février 2014 avait permis d'estimer la couverture ponctuelle à **48% [37,6% - 58,4%]** dans le district sanitaire de Fada N'Gourma avec une couverture à priori estimée à **43,84%** (moyenne des BBQ simple, pondérés et du schéma conceptuel).

Quant à la SLEAC réalisée du 04 au 12 Novembre 2014, la couverture était classée modérée (41,03% [IC 95% ≈ 33,84% ; 48,21%] pour la Région de l'Est et classée également comme modérée pour le District de Fada.

Les analyses quantitatives et qualitatives avaient révélé un nombre relativement important de points d'attention en terme de dépistage, d'accès et de qualité de soins, de freins et pesanteurs socioculturels, de difficultés de notification des cas, qui, sans enlever l'appréciation positive de ce résultat méritent néanmoins le renforcement de l'accompagnement des activités de PEC dans le district. Il s'agissait essentiellement de:

- **l'implication communautaire:** insuffisance de communication des ICP avec les ASBC et faible motivation des ASBC, faible implication des autorités et des leaders dans la PEC, faible intérêt des hommes dans la santé des enfants;
- **l'insuffisance de communication avec les mères d'enfants;**
- **problème de moyens financiers pour la PEC;**
- **l'organisation des activités communautaires:** bien que la population soit informée du rôle des ASBC au sein de la communauté, il y a une insuffisance de connaissance sur la malnutrition, le programme de prise en charge. Il devient donc important de revoir l'approche de sensibilisation communautaire en améliorant l'impact et assurer une meilleure implication des agents de santé communautaire;
- **les dysfonctionnements au niveau de la prise en charge:** long temps d'attente, rejet ou limitation du nombre de cas PEC par jour, mauvais accueil, l'insuffisance de dépistage systématique en consultation curative;
- **les facteurs socio-culturels,** notamment pour le recours aux soins, le refus de certains maris ou des interdictions faites aux mères, le recours à la géomancie, les pratiques ancrées néfastes;
- **l'occupation des mères :** travaux ménagers, travaux champêtres, faible implication des hommes;
- **les problèmes de distance,** d'enclavement ou d'éloignements temporaires dans les hameaux de culture, s'ils n'ont pas été démontrés comme un facteur déterminant à la couverture (voir résultats de la petite enquête), peuvent avoir un impact sur la qualité du service, notamment au niveau de la gestion des intrants, et de la disponibilité des agents de santé. En effet, la fluctuation des admissions ne permet pas aux agents de santé d'évaluer correctement les quantités d'intrants nécessaires par mois.

Tous ces facteurs ont eu un impact négatif sur la fréquentation des services de PCIMA et méritaient de se pencher sur l'amélioration de:

- La régularité et la qualité des dépistages
- La qualité de l'accueil et de la PCIMA
- L'identification et la recherche précoce des absents ou abandons
- Les méthodes de communication pour les changements de comportement en pratiques de soins
- La coordination des activités des ONG.

OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

Réaliser un suivi des facteurs influençant positivement et négativement la couverture du programme PCIMA dans le district sanitaire de Fada pour estimer l'impact des activités mises en place à la suite d'une investigation SLEAC réalisée en Novembre 2014, en s'appuyant sur la méthodologie d'une SQUEAC simplifiée¹.

SOUS-OBJECTIFS

- Réaliser une revue des résultats des investigations SQUEAC et SLEAC précédentes, suivi par une étude qualitative auprès des communautés ciblées par le programme PCIMA
- Analyser l'évolution des différentes barrières et boosters identifiés lors des investigations SQUEAC et SLEAC précédentes
- Evaluer l'impact des activités mises en œuvre après les investigations SQUEAC et SLEAC précédentes et proposer leur adaptation en fonction de résultats de la présente étude
- Identifier de nouvelles barrières à l'accessibilité et à la couverture des MAS par le programme de prise en charge.

PROCESSUS D'INVESTIGATION

La présente investigation a eu lieu du 09 au 15 décembre 2015 soit 22 mois après la réalisation de la dernière SQUEAC et douze (12) mois après la SLEAC précédente. La collecte des données qualitatives s'est déroulée sur 4 jours dans 51 sites (villages ou quartiers). Les principales phases étaient les suivantes:

1. PREPARATION

La SQUEAC de suivi qui est dérivée de la méthodologie SQUEAC standard a pour objectif de donner aux organisations qui ont déjà réalisé une SQUEAC ou SLEAC et qui ont mis en œuvre des recommandations issues d'une SQUEAC/SLEAC de mesurer les éventuels progrès de la couverture et l'évolution des barrières dans un temps court et avec des coûts limités.

Pour réaliser cette investigation de suivi, un comité de pilotage a été mis en place et composé d'un Responsable Programme Nutrition et Santé, son Adjoint et le Responsable Nutrition du district sanitaire de Fada. Ce comité ayant bénéficié de l'assistance du Responsable du Département Nutrition et Santé avait pour objectifs de:

- Assurer la préparation matérielle et logistique (demandes d'achats, impression de documents);
- Analyser le plan d'action de la SQUEAC et SLEAC précédente et évaluer l'évolution des barrières;
- Suite à l'analyse de l'évolution des barrières, revoir les outils de collecte de données afin de permettre de collecter des données pertinentes;
- Elaborer la matrice d'échantillonnage pour la collecte de données qualitatives;
- Identifier les enquêteurs: au nombre de douze (12) dont six (06) d'ACF et six (06) autres staffs externes. Le principal critère de choix de ces enquêteurs était la participation à des investigations de couverture (SQUEAC/SLEAC), notamment la collecte de données qualitatives dans la communauté;
- Former les enquêteurs et les superviser lors de la collecte des données sur le terrain;
- Synthétiser les données qualitatives sous forme de l'outil BBQ.

2. MATRICE D'ECHANTILLONNAGE

¹ La SQUEAC de suivi est réalisable en 11 jours au lieu de 21 car elle fait suite à une SQUEAC standard. Dans les 18 derniers mois un suivi régulier du programme et des goulots d'étranglement a été réalisé et les recommandations de la SQUEAC initiale ont été mise en place.

La collecte des données qualitatives a été organisée selon la « matrice d'échantillonnage qualitative » (cf. Annexe 3), développée par un comité de pilotage afin d'assurer la représentativité des toutes les aires de santé ainsi que la participation équitable de tous les informateurs clés. Pour assurer cela, le district sanitaire de Fada a été divisé par zones en prenant en compte les réalités socio-culturelles et économiques qui caractérisent les populations de ces zones. Le découpage a ainsi donné 5 zones: la zone de Matiacoli, de Diabo, de Yamba, de Fada Rural et de Fada Urbain. Dans chaque zone, les formations sanitaires ont été identifiées en tenant compte des distances (pour prendre en compte les plus éloignées et les moins éloignées) et des indicateurs de performances pour avoir dans l'échantillon les CSPS les plus performants ainsi que les moins performants. Au total 24 formations sanitaires ont été retenues pour cette étude.

3. FORMATION DES ENQUETEURS

Une formation d'un jour a été organisée et comprenait une phase théorique, des jeux de rôles en salle de formation et une phase pratique sur le terrain. La phase théorique a consisté de la présentation d'un module sur l'étude de la dynamique communautaire et des outils de collecte de données qui seront utilisés lors de l'investigation. La phase pratique a été organisée au secteur 9 de la ville de Fada où les enquêteurs ont pu expérimenter les outils sur des groupes cibles comme les leaders communautaires, des femmes et des hommes. Cet exercice a permis de recadrer les équipes d'enquêteurs et aussi de réviser certaines questions afin de les rendre plus compréhensibles. Deux équipes de superviseurs étaient chargés de suivre les équipes pour veiller à la qualité de la collecte des données et apporter un appui technique aux enquêteurs en cas de difficultés.

4. METHODOLOGIE DE LA COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données qualitatives a été orientée par les guides d'entretien développés pour chaque groupe d'informateurs clés afin de mieux orienter les discussions et d'assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies. Globalement quatre méthodes de la collecte des données ont été utilisées: les entretiens semi-structurés, les focus groupes, les discussions informelles et l'observation participante. Au total, l'équipe a réalisé 51 entretiens avec 240 personnes interrogées sur l'ensemble du district sanitaire de Fada appuyé par ACF. Parmi les personnes interrogées il y avait 170 et 41 hommes, soit un taux de participation féminine de 70,54%. L'utilisation de la matrice d'échantillonnage qualitative a permis d'achever l'exhaustivité des données aussi que leur triangulation par méthode, source et ethnie. Elles ont ensuite été analysées par l'ensemble de l'équipe d'investigation, répertoriées et mises en contexte.

5. DEBRIEFING ET SYNTHESE DES DONNEES QUALITATIVES

Durant les quatre (04) jours de la collecte des données qualitatives, des débriefings ont été organisés pour synthétiser les données collectées sous forme de l'outil BBQ, faire le point de la supervision, relever les difficultés et proposer des solutions, réorienter les sorties si nécessaire. Ces débriefings ont eu pour l'objectif de suivre l'évolution de l'identification des barrières et boosters et de réaménager le questionnement selon besoin. Au cinquième jour une synthèse de tous les boosters et barrières a été faite par le comité de pilotage suivie par la pondération de l'outil BBQ par équipe et puis en plénière afin d'obtenir une moyenne pour les six (06) équipes.

6. PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DES RECOMMANDATIONS

A l'issu de la pondération et du calcul de l'apriori, le comité de pilotage a élaboré des recommandations sur la base des barrières retenues. Les recommandations ont été élaborées en tenant compte aussi de l'état de mise en œuvre des recommandations antérieures.

7. CONTRAINTES ET DEFIS

La principale difficulté soulignée était liée aux informateurs clés, particulièrement pour la réalisation des focus groups. Il était difficile de mobiliser dans le temps un nombre important d'informateurs clés. Aussi les hommes étaient difficilement mobilisables induisant un changement de méthodes ou d'informateurs clés pour certains villages.

D'ailleurs, certains enquêteurs ont relevé que les images utilisées représentaient des cas très sévères, voire extrêmes, de la malnutrition aigue sévère, qui ne sont pas courants dans les communautés et ainsi induisaient des erreurs dans les réponses.

RESULTATS

ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES

Au vue des données collectées, le comité de pilotage a donné un point de vue sur la base d'analyse en regroupant les barrières et boosters par thème.

CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION : CAUSES ET CONSEQUENCES

Les personnes interrogées se sont référés à la malnutrition en utilisant douze termes locaux, soit en mooré ou en gourmantchéma, dont « Jiepoadi ou Odondi » (faisant référence surtout au marasme) étaient les plus courants. Le terme se traduit comme « enfant qui présente les signes d'amaigrissement par manque de nourriture ». Les symptômes du kwashiorkor étaient rarement donnés.

Tableau No.3: Termes locaux utilisés pour designer la malnutrition

Terme local	Langue	Signification
Jiepoadu	Gourmantchéma	« Manque de nourriture »
Jiepoaduyianu	Gourmantchéma	« Maladie de manque de nourriture»
Opiebi	Gourmantchéma	« Gonflement » (Kwashiorkor)
Gnaama	Gourmantchéma	« Maladie dû aux grossesses rapprochées »
Odondi	Gourmantchéma	« Amaigrissement»,
Cebiga	Gourmantchéma	« Amaigrissement»,
Gnoabido	Mooré	« Amaigrissement »
Biga fuusamé	Mooré	« Enfant qui s'enfle »

La compréhension globale de la malnutrition est appréciable car lors de 22 focus groupes et 17 entretiens individuels, les personnes interrogées ont affirmé connaître la maladie (notamment les signes du marasme ainsi que ses causes). Toutefois, cette connaissance reste toujours limitée car la méconnaissance des signes de la Kwashiorkor est ressortie lors de 6 focus groupes et 7 entretiens individuels. Aussi, les croyances socio-culturelles sur la malnutrition ont été notées lors de 4 entretiens ainsi que la stigmatisation qui a été citée lors de 11 entretiens. En effet, certaines mères éprouvent de la honte lorsqu'elles se retrouvent avec leurs pairs à cause de « l'amaigrissement de leurs enfants » ; d'autres ont estimé qu'elles sont discriminées dans les formations sanitaires lors du suivi parce qu'elles sont souvent obligées d'attendre que l'on finisse de prendre en charge les autres enfants malades. Des tradipraticiens de santé et des chefs coutumiers ont dit que la malnutrition serait contagieuse ou que la maladie serait survenue parce que les parents auraient enfreint à certains interdits coutumiers.

Beaucoup des personnes interviewées ont cité la pauvreté et l'insuffisance d'hygiène comme principales causes de la malnutrition; mais seulement quelques-unes d'entre elles ont estimé que les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson (allaitement non exclusif chez les enfants de moins de 6 mois, le gavage², etc.)

Lors des entretiens certains répondants (surtout les femmes) ont reconnu que la malnutrition a des conséquences pour l'enfant. La majorité d'entre elles ont affirmé que la malnutrition est une maladie grave qui peut tuer l'enfant si elle n'est pas traitée à temps. Quelques-unes ont même cité les déficiences intellectuelles comme conséquence de la malnutrition.

CONNAISSANCE ET APPRECIATION DU SERVICE PCIMA

Lors des entretiens la plupart des femmes interviewées affirment que la malnutrition se soigne bien dans les centres. Des mères d'enfant MAS guéris ont même donné des témoignages sur l'efficacité du traitement; des affirmations du genre « si tu respectes bien les rendez-vous et les conseils de l'agent de santé, ton enfant malade prendra du poids en quelques semaines » sont ressorties lors des entretiens avec les femmes. Ces dernières arrivent aussi à faire la différence entre le PPN (pour le traitement de la MAS) et le PPS (pour celui de la MAM). Le respect systématique des rendez-vous est ressorti lors de 05 focus groupes et 01 entretien individuel avec les mères d'enfants MAS. Le bon accueil, la disponibilité du personnel de santé pour le traitement de la malnutrition ainsi que la continuité des soins sont des réponses données lors des entretiens et sous-entendent une bonne appréciation mais aussi une connaissance du programme de prise en charge.

Toutefois, le partage du PPN reste une pratique courante et cela pourrait s'expliquer par le fait que cet intrant nutritionnel est toujours considéré comme un aliment d'où l'utilisation de termes comme « biscuit » ou « chocolat » pour le désigner. La longue durée d'attente pour les mères et l'insuffisance des sensibilisations sont insuffisances notés par les répondants lors des entretiens; ce qui a comme effet le recours tardif et les abandons qui sont des barrières identifiées lors de l'investigation. Aussi, la malnutrition reste une maladie stigmatisée car certaines mères d'enfants MAS éprouvent de la honte ou de la discrimination du fait de l'état de leurs enfants. Des répondantes ont affirmées aussi que la malnutrition est une maladie contagieuse.

Enfin la rupture du PPN a été signalée par certaines répondantes.

Aussi, le recours au CSPS pour le traitement de la malnutrition n'est toujours pas systématique car jusqu'à 7 sources différentes l'ont reconnu lors des entretiens ; il convient de souligner que ce recours tardif est une réalité dans le Gourma et est lié à 2 principaux facteurs: une méconnaissance de la malnutrition et le recours aux tradipraticiens de santé. En effet, très souvent c'est après l'échec chez le tradipraticien que les enfants sont amenés au CSPS.

DÉPISTAGE ET RÉFÉRENCIEMENT

Le dépistage de masse de la malnutrition aiguë devrait se faire chaque trimestre dans le district de Fada mais le programme n'est souvent respecté par manque de financement à en croire les autorités sanitaires. Cette

² C'est le fait d'alimenter le nourrisson avec des décoctions de plantes.

irrégularité du dépistage est ressortie lors de 03 focus groupes et 02 entretiens individuels. Cette insuffisance du dépistage continu se ressent sur l'évolution des admissions des cas de malnutrition dans les centres de santé. Les mois où on note le plus d'admissions correspondent au mois où une campagne de dépistage communautaire a lieu.

Et c'est pour pallier à cela qu'ACF a initié un projet pilote de dépistage continu par les ASBC et les mères d'enfants de moins de 2 ans mais dans une seule commune (sur six que compte le district sanitaire. En effet, depuis avril 2015 ACF a formé 02 ASBC par village dans cette commune et désigner des mères d'enfants de moins de 02 ans volontaires en les dotant de MUAC pour assurer un dépistage continu pour tous les enfants de 6-59 mois. Cette activité est soutenue par des séances de sensibilisation menées par les mêmes ASBC, les membres de groupements féminins et les mères d'anciens MAS guéris. Une équipe de trois (03) personnes est chargée du suivi des activités sur le terrain.

SENSIBILISATION

Les séances de sensibilisation sont en principe menées dans les formations sanitaires par les agents de santé lors des consultations de nourrissons sains, les consultations prénatales et les séances de vaccinations mais l'insuffisance des ressources humaines et la surcharge de travail dans les centres de santé ne permettent une bonne réalisation de cette activité. Aussi, certaines associations ou ONG animent des causeries de groupes dans la communauté. Pour ce qui est d'ACF, ces séances de sensibilisations sont réalisées par des animateurs mais aussi par des membres de groupements féminins. Les thèmes développés concernent l'hygiène alimentaire et/ou du milieu et assainissement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les actions essentielles en nutrition, etc. . Les cibles prioritaires de ces animations sont les femmes (les femmes en âge de procréer en priorité) et dans une moindre mesure les hommes. Malgré tout, beaucoup de répondants aux entretiens ont estimé que la sensibilisation sur la malnutrition reste insuffisante.

L'OUTIL BBQ

L'outil BBQ (Barrières, Boosters et Questions) est un outil simple qui permet à l'équipe d'investigation d'organiser les éléments clés, représentant les facteurs avec un effet positif ou négatif sur l'accès et la couverture, sous forme de tableau, et de trianguler chacun d'entre eux par source et par méthode. Il permet à l'équipe de visualiser les problèmes et leur récurrence dans les réponses des informateurs clés. Dans les étapes ultérieures, les facteurs ayant la périodicité la plus élevée seront pondérés à la hausse par rapport aux éléments mentionnés occasionnellement.

C'est donc cet outil qui a permis à l'équipe de pilotage de faire une analyse des données collectées lors des entretiens avec les populations. Il a servi également de base dans l'estimation de la couverture à priori.

Tableau No.1: L'outil BBQ élaboré lors de l'analyse des données qualitatives

N°	BARRIERES	BOOSTERS
1	Irrégularité du dépistage	Connaissance de la malnutrition (causes, signes et conséquences)
2	Recours tardif au CSPS pour traitement MA	Connaissance du programme PCIMA
3	Méconnaissance du programme PCIMA	Bon accueil CSPS
4	Longue attente des mères d'enfants MA	Respect systématique des RDV par les mères
5	Partage du PPN	Dépistage continu
6	Abandons: inaccessibilité saisonnière, distance (manque de moyen de communication), inégalité dans la distribution	Recours CSPS pour traitement MA
7	Insuffisance des séances sensibilisation	Disponibilité du personnel traitement de la MAS /agent de santé; Continuité du traitement de la MAS

8	Insuffisance de ressources humaines	Présence d'autres partenaires pour le dépistage/sensibilisation
9	Stigmatisation (discrimination, honte des mères, maladie contagieuse)	Disponibilité des moyens de transports individuels
10	Méconnaissance des signes de la malnutrition (Kwashiorkor)	Appréciation positive des pères/mères sur le traitement
11	Croyances socio-culturelles (causes de MA)	
12	Rupture d'intrants (PPS, PPN)	

En faisant une étude comparative des barrières identifiées lors des différentes investigations (SQUEAC, SLEAC et enquête de suivi), il ressort que des barrières persistent toujours. Il s'agit entre autre de l'irrégularité du dépistage, le recours tardif aux soins, le partage du PPN, la stigmatisation, etc. La rupture d'intrants (PPN, PPS), les croyances socio-culturelles et l'insuffisance des séances de sensibilisation sont des nouvelles barrières identifiées lors de l'enquête de suivi. Fort heureusement certaines barrières identifiées lors des investigations passées n'ont pas été citées cette fois-ci : le mauvais accueil des mères, les occupations des mères, pas de dépistage systématique lors des consultations curatives, insuffisance de communication avec les ASBC, etc.

ESTIMATION DE LA COUVERTURE A PRIORI

La probabilité a priori est une représentation statistique de la « croyance » que l'équipe d'investigation a pu développer sur le niveau de couverture à partir des conclusions des analyses des données qualitatives. Elle se construit à partir de la moyenne des estimations de la couverture suivantes : (1) l'outil BBQ simple ; (2) l'outil BBQ pondéré et (3) estimation de la couverture des investigations précédentes.

Boosters et Barrières simple (non pondéré) est le l'attribution systématique de cinq (5) points à chaque barrière et booster qui sont ensuite calculé selon le formule ci-dessous.

$$[(0+50) + (100-60)]/2 = 45\%$$

Boosters et Barrières pondérés

Pour obtenir le BBQ pondéré il est d'abord nécessaire de déterminer la note maximale à donner à chaque barrière et booster en prenant le nombre plus élevé de barrières ou boosters (barrières dans notre cas) et calculant la valeur maximale de la pondération selon le formule suivant $100/12=8.33$ qui nous avons ramené à 9, Ensuite chaque équipe a attribué les valeurs 1 à 9 à chaque barrière et boosters en fonction de la triangulation/fréquence de réponses ainsi que l'impact de chaque facteur sur l'accès aux soins/couverture du programme PCIMA. Les moyennes obtenues par chaque équipe ont été ajoutées et calculées selon la formule ci-dessous.

$$[(0+60,5) + (100-63,83)]/2 = 48,33\%$$

La couverture à priori de la dernière SQUEAC était la suivante :

Estimation de la couverture de la SQUEAC de 2014 : 48.00%

La couverture a priori est estimée à partir de la moyenne des 3 éléments ci-dessus. Ainsi on a :

$$(48.33+45+48)/3= 47,11\%$$

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'investigation SQUEAC de suivi réalisée du 09 au 15 décembre 2015 est une première du genre dans le processus de suivi et évaluation des actions menées pour l'amélioration de la couverture et de la prise en charge de la malnutrition aigüe. Elle a mis en évidence une évolution au niveau des barrières et des boosters que nous pouvons résumer dans ces principaux points:

Le nombre de barrières obtenu par la triangulation par méthode et par source est passé de 25 en 2014 à 12 en 2015. Les principales barrières ayant connu une évolution favorable puisque non citées lors de la présente investigation sont:

- L'insuffisance d'implication des hommes,
- la limitation du nombre d'enfants par jour de prise en charge par les agents de santé,
- l'insuffisance de l'appui technique d'ACF,
- la faible qualité du dépistage et l'insuffisance de la formation
- mauvais accueil des mères par les agents de santé.

A ce niveau on peut affirmer que le programme Nutrition-Santé développé par ACF a effectivement appuyé le DS de Fada pour le renforcement de la capacité des agents de santé des CSPS aussi bien par des formations en salle, que par des formations sur site et des visites d'appui technique. Cela a permis d'améliorer la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Fada. Toutefois, il convient de noter que certains acquis ne sont pas permanents surtout ceux liés aux agents de santé à cause d'un turnover important qui impacte considérablement sur les acquis engrangés.

D'autre part un certain nombre de barrières revient pratiquement à toutes les investigations de la couverture:

- Recours tardif au CSPS pour traitement de la malnutrition
- Insuffisance de connaissance du programme PCIMA
- Insuffisance des séances sensibilisation
- Stigmatisation (discrimination, honte des mères, maladie contagieuse)
- Méconnaissance des signes de la malnutrition (Kwashiorkor)

Une barrière qui n'était répertoriée dans la SQUEAC 2014 mais qui est a été mentionnée lors de l'enquête de suivi est « **Abandon** ». Les abandons ont été cités et triangulés par 3 méthodes différentes et auprès de 5 sources différentes. Ces abandons sont surtout liés à la distance, à l'inaccessibilité saisonnière et l'inégalité dans la distribution de l'ATPE. Il est en effet ressorti que certaines mères ne comprennent pas pourquoi certaines enfants reçoivent plus de quantités que d'autres.

Sur l'évolution de la couverture en comparant les résultats obtenus lors de la SQUEAC de 2014 à ceux de l'enquête de suivi on obtient les résultats suivants :

Tableau No.4: Comparaison de l'évolution de la couverture à priori entre 2014 et 2015

Mode de calcul	SQUEAC 2014	Suivi SQUEAC 2015
BBQ simple	46.5%	45%
BBQ pondéré	43%	48.33%
Couverture à priori	43.84%	47.11%

Sur la base des résultats ci-dessus, plusieurs facteurs ont contribué à la couverture trouvée. Certains facteurs influencent négativement la couverture et d'autres l'influencent de manière positive. Pour lever les barrières afin d'améliorer la couverture la SQUEAC de 2014, sur la base des recommandations formulées, nous pourrions avancer que la majorité ont été mises en œuvre. Mais certaines barrières persistent et nous invitent à trouver des stratégies innovantes à même de les juguler.

Ainsi des recommandations suivantes ont été développées pour surmonter les barrières et renforcer les boosters afin d'accroître la couverture et la prise en charge des cas de malnutrition aigüe dans le Gourma. Les recommandations non réalisées à 100% qui avaient été faites lors de la SQUEAC de 2014 ont été reconduites.

RECOMMANDATIONS ET PLAN D'ACTION

Les recommandations ont été élaborées en tenant compte des barrières identifiées et de l'état de mise en œuvre des recommandations antérieures. L'équipe de pilotage a ensuite tenu compte de la faisabilité et de l'acceptabilité avant de formuler les différentes recommandations.

RECOMMANDATION 1: Renforcer la sensibilisation sur la malnutrition ; Mener des actions de lutte contre la stigmatisation liée à la MAS					
Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Réaliser des rencontres d'information avec les mères d'enfants et ASBC sur le dépistage communautaire	Extension du projet pilote NAC dans tout le district	ACF	Nombre de rencontres Nombre de participants	37630 mères d'enfants<2ans 100% des ASBC de tous les CSPS	Juin 2016-Mars 2017
Sensibiliser les membres des groupements féminins sur les bonnes pratiques nutritionnelles	Les groupements sont des canaux efficaces de transmission de connaissance	ACF	Nombre de séances de sensibilisation Nombre de participants	Membres des groupes de 4 villages	Avril 16-Mars 17
Renforcer les séances de sensibilisation sur la malnutrition lors des consultations de nourrissons sains	Les CNS sont des opportunités pour faire passer des messages clés (regroupement importants de femmes)	CSPS ACF	Nombre de séances réalisées Nombre de participants	100% des CSPS	Avril 16-Mars 17
Organiser une Journée Promotionnelle de la Nutrition (JProNut) 2016	Journée de sensibilisation de masse et plaidoyer en faveur de la nutrition	ACF	Nombre de journée événementielle organisée	Toute la population de la ville de Fada Les autorités sanitaires et administratives de Fada	Novembre-Décembre 2016
Réaliser et diffuser des émissions (théâtre radiophonique, spots radios de sensibilisation, tables rondes) sur l'ANJE	Pour une large diffusion (presque tous les villages du district ont accès aux radios locales	ACF	Nombre d'émission et de spots radios diffusés	Toute la population de la province du Gourma	Avril-Mai-Juin 2016
Organiser un atelier de plaidoyer avec la société civile pour le renforcement de la nutrition	Pour avoir l'adhésion de la société civile dans la lutte contre la malnutrition	ACF	Nombre d'atelier Nombre de structures participantes	Les OSC de la province	Avril -Mai 2016
RECOMMANDATION 2: Trouver des stratégies pour éviter les abandons liés à l'inaccessibilité en saison pluvieuse					
Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Appuyer les ASBC dans la recherche des absents	Abandon élevé en saison pluvieuse ASBC non actifs dans la recherche des absents	CSPS <i>ACF (Equipe NAC)</i>	Nombre de VAD réalisées pour la recherche des absents Nombre d'absents retrouvés	Tous les absents aux RDV	Avril 16-Mars 17
Améliorer la communication entre agents de santé pour les transferts des cas entre CSPS	Les bas-fonds sont les principales causes des abandons ou absents en saison de pluies	CSPS	Diminution des taux d'abandons	Les CSPS ayants des bas-fonds et dont certains villages y sont inaccessibilité	Juin-Juillet-Août 2016

RECOMMANDATION 3: Dynamiser le dépistage continu par une meilleure participation communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Doter des MUAC aux mères d'enfants <2ans lors des CNS et aux ASBC pour le dépistage continu dans leurs village sur la base du volontariat Formation sur site de ces femmes sur la prise du PB	Dépistage non régulier Insuffisance de ressources pour les campagnes de dépistage Recommandation du RSS	ACF	Nombre d'enfants admis suites aux références des ASBC et mères d'enfants.	Tous les ASBC et mères d'enfants<2 ans volontaires	Avril16-Mars 2017

RECOMMANDATION 4: Améliorer la disponibilité des intrants nutritionnels

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Appuyer les CSPS à accès difficile à s'approvisionner des quantités suffisantes de PPN (appui logistique) Formation sur site des agents de santé sur la gestion des stocks d'intrants (procédures de requête, circuit d'approvisionnement)	* certains CSPS sont enclavés en saison pluvieuse Insuffisance de ressources pour le transport du PPN pour les COGES Certains agents ne maîtrisent les procédures de requêtes des intrants	ICP concernés Pharmacien ACF	Absence de rupture de PPN	Tous les CSPS du DS	Avril 16-Mars 17

RECOMMANDATION 5: Améliorer la qualité du suivi des enfants et de la prise en charge en renforçant les formations sanitaires en de ressources humaines formées

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Former les nouveaux agents de santé sur la PCIMA Former sur site les agents de santé sur la PCIMA	Insuffisance dans la qualité de prise en charge Beaucoup d'agents de santé ne sont pas formés sur PCIMA	ACF DS	Amélioration de la qualité de prise en charge Amélioration des indicateurs de performance	Tous les agents de santé des CSPS	Avril 16-Mars 17

ANNEXES

ANNEXE 1: L'EQUIPE D'INVESTIGATION

Appui technique

- 1. Aziz Goza: Regional Coverage Advisor | Coverage Monitoring Network (Appui à distance)
- 2. Lenka Blanárová: Community Mobilisation Advisor | Coverage Monitoring Network (Appui à distance)

COMITE DE PILOTAGE

PRÉNOM	NOM	SEXE (M/F)	POSTE	ORGANISATION	EMAIL
Hassoumi B	ABDOULAZIZE	M	RDD Nut-SANTE	ACF	
Cyrille	MINOUGOU	M	RP Nut	ACF	
Joseph	GUI TANGA	M	RPA Nut	ACF	
Luc	OUEDRAOGO	M	Point focal Nut	DS Fada	

L'EQUIPE D'INVESTIGATION

PRÉNOM	NOM	SEXE (M/F)	POSTE	ORGANISATION	EMAIL
Edouard	KIEMTAREMBOUM	M	Rpro Nut	ACF	
Théophile	WANGRE	M	Rpro Nut	ACF	
Limani	MORBIGA	M	Rpro NAC	ACF	
Londjoa	THIOMBIANO	M	Animateur NAC	ACF	
Honoré	COULIDIATY	M	Animateur NAC	ACF	
Souleymane	BARGO	M	Rpro Nut	ACF	
Joseph	LOMPO	M	Investigateur		
Diandi	LANKOANDE	M	Investigateur		
Djingri	LANKOANDE	F	Investigateur		
Michel	YARGA	M	Investigateur		
Lucienne	TOUGMA	F	Investigateur		
Djangnoagou	HARO	M	Investigateur		

ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DE LA FORMATION ET DE L'ÉVALUATION

ACTIVITES	Jour	M	M	J	V	S	D	L	M	janv-16	févr-16
	Date	8	9	10	11	12	13	14	15		
Lecture et appropriation des documents de la SQUEAC de suivi (méthodologie, outils de collecte); préparation module de formation; point sur la préparation logistique, RH											
Réunion du comité de pilotage (réviser les rapports SQUEAC et SLEAC); préparation de la formation des enquêteurs											
Formation des enquêteurs (rappel sur la MA et le programme PCIMA, test des grilles d'entretien, préparation des sorties)											
Sorties terrain enquêteurs (recueil des données qualitatives)											
supervision comité de pilotage											
Débriefing journalier											
Synthèse des données qualitatives + Développement de l'outil BBQ											
Analyse finale + consolidation des données											
Reporting											
Restitution des résultats aux autorités sanitaires											

Activité de l'équipe programme

Activités du comité de pilotage

Activités des enquêteurs

Activités du comité de pilotage et des enquêteurs

ANNEXE 3 : MATRICE D'ECHANTILLONAGE

CSPS	Distance	H	F	A-MAS	AV	TPS	AR	CC	GF	ASBC	AS	ECD	ONG	Gdm	A-Adm	A-MASH	OBCE	COGES
BALGA	60			FG												EISS		
BOGOLI	104					EISS					FG							
BONDIOGHIN	100																	
BOULGOU	260			EISS				EISS										
COMBEMBOGO	180																	
DIABO	100																	
DIANGA	130			EISS					FG									
DIAPANGOU	40								FG	EISS								
FADA I	0																	
FADA II	0										FG					EISS		
FADA SECT 6	0	FG								EISS								
FADA SECT 7	0	FG						EISS										
FADA SECT 9	0		FG								EISS							
FADA SECT 11	0																	
HAOU	330		FG				EISS											
IGORI	260	FG				EISS												
KOARE	40		FG								EISS							
KOULPISSI	160								FG				EISS					
KWADIFAAGOU	50																	
LANTAOGO	120																	
LOUARGOU	60			FG														EISS
MAODA	70									EISS								
MATIACOALI	200																	
MOMBA	60		FG		EISS													
MOODRE	130						EISS							FG				
NAGNOUDOU	234																	
NAGRE	60																	
NAMOUNGOU	60	FG																EISS
NASSOUGOU	260																	
NATIABOANI	90					EISS				EISS								
NAYOURI	60			FG													EISS	
OUGAROU	150			EISS														FG
SAATENGA	140									EISS						FG		
TANGAYE	80				EISS													FG
TANWALBOUGO	100																	
TIASSIERI	190								FG			EISS						
TIBGA	70																	
TILONTI	66																	
YAMBA	60																	
ZONATENGA	160																	
TOTAL		4	5	5	3	3	2	2	3	4	6	1	1	1	0	3	1	4

ANNEXE4: LISTE DES INFORMATEURS CLES

LEGENDE DES INFORMATEURS CLÉS	Codifications	Nbre de focus groupe	Nbre d'EISS	Nbre de DI	T	%
Hommes	H	4			4	7,84%
Femmes	F	6			6	11,76%
Accompagnant de l'enfant MAS/mères	A-MASF	5	4		9	17,65%
Accoucheuse villageoise	AV		2		2	3,92%
Tradipraticien de santé	TPS		3		3	5,88%
Autorité religieuse	AR		2		2	3,92%
Chef coutumier	CC		2		2	3,92%
Groupements féminins	GF	2			2	3,92%
Agent de santé à base communautaire	ASBC		5		5	9,80%
Agent de santé CSPS	AS	1	3	1	5	9,80%
Membre Equipe cadre du district	ECD		1		1	1,96%
Professionnels d'ONG	ONG		1		1	1,96%
Grand-mère	Gdm	1			1	1,96%
Autorité administrative	A-Adm		0		0	0,00%
Accompagnant de l'enfant MAS/pères	A-MASH	1	2	1	4	7,84%
Organisation à base communautaire d'exécution	OBCE		1		1	1,96%
Comité de gestion CSPS	COGES	2	1		3	5,88%
	TOTAUX	22	27	2	51	100,00%

	Méthode	Code	H	F	T
EISS	Entretien individuel semi- structuré	1	71	170	241
DI	Discussion informelle	2	29,46%	70,54%	100,00%
FG	Discussion de groupe	3			
O	Observation	4			

ANNEXE 5 : COMPOSITION DES EQUIPES

EQUIPE N°1										
CSPS	distance	H	F	A-MASF	TPS	AS	A-MASH	COGES		DATE
FADA II	0					FG	EISS			11/12/2015
IGORI	260	FG			EISS					13/12/2015
KOARE	40		FG			EISS				12/12/2015
OUGAROU	150			EISS				FG		14/12/2015
EQUIPE N°2										
CSPS	distance	H	A-MASF	GF	ASBC	ONG	A-MASH	COGES		DATE
BALGA	60		FG				EISS			12/12/2015
FADA SECT 6	0	FG			EISS					11/12/2015
KOULPISSI	160			FG		EISS				13/12/2015
LOUARGOU	60		FG					EISS		14/12/2015
EQUIPE N°3										
CSPS	distance	H	A-MASF	TPS	ASBC	CC	AS	Gdm	OBCE	DATE
BOGOLI	104			EISS			FG			13/12/2015
FADA SECT 7	0	FG				EISS				11/12/2015
NAYOURI	60		FG						EISS	12/12/2015
NATIABOANI	90			EISS	EISS					14/12/2015
EQUIPE N°4										
CSPS	distance		F	A-MASF	AR	CC	ASBC	AS		DATE
BOULGOU	260			EISS		EISS				13/12/2015
FADA SECT 9	0		FG (2)					EISS		11/12/2015
MAODA	70						EISS			12/12/2015
HAOU	130		FG		EISS					14/12/2015
EQUIPE N°5										
CSPS	distance	F	A-MASF	AV	GF	ASBC	COGES	A-MASH		DATE
MOMBA	60	FG		EISS						11/12/2015
DIANGA	330		EISS		FG					13/12/2015
SAATENGA	140					EISS		FG		14/12/2015
TANGAYE	80			EISS			FG			12/12/2015
EQUIPE N°6										
CSPS	distance	H	Gdm	AR	GF	ASBC	ECD	COGES		DATE
TIASSIERI	190				FG		EISS			13/12/2015
DIAPANGOU	40				FG	EISS				11/12/2015
MOODRE	130		FG	EISS						12/12/2015
NAMOUNGOU	60	FG						EISS		14/12/2015

ANNEXE 6 : GUIDES D'ENTRETIEN

1. GUIDE D'ENTRETIEN : PERSONNEL DE CENTRES DE SANTE

Nbre. personnes interviewées	Des	dont ____ femmes et ____ hommes	Ethnie: _____	Date: _____
District sanitaire: FADA	Aire	de	santé: Village: _____	Equipe: _____

PROFIL COMMUNAUTAIRE

Malnutrition

- Quels termes locaux utilise-t-on dans cette communauté pour décrire la malnutrition?
- Comment est-elle aperçue? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté »?
- Quelles sont les causes principales de cette maladie dans cette communauté?
- Est-ce que les membres de la communauté comprennent ses symptômes, causes et effets?

Si oui, comment est-ce qu'ils les décrivent?

- Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour le traitement de cette maladie dans cette communauté? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?
- Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?

Sensibilisation

- Qui est responsable pour la sensibilisation de la population dans cette communauté?
- Est-ce que ces personnes sensibilisent la population sur la malnutrition?

Si oui, à quelle fréquence?

- Connaissez-vous les sujets abordés?
- Quelles personnes sont ciblées par la sensibilisation sur la malnutrition?
- Quelles autres personnes devraient être ciblées? Pourquoi?
- Est-ce que vous assistez aux séances de sensibilisation?

Si oui, pourquoi? Comment? A quelle fréquence?

Si non, pourquoi pas?

- Quelles personnes devraient activement assister dans la sensibilisation de la sensibilisation? Pourquoi?
- Est-ce que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas?
- Que changeriez-vous afin d'améliorer la qualité de la sensibilisation?

Dépistage

- Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui font l'identification des enfants malnutris?

Si oui, qui sont ces personnes? Comment identifient-ils les enfants? A quelle fréquence identifient-ils les enfants?

- Qu'est-ce que vous pensez de leur travail? Pourquoi?
- Qui devrait être inclut dans cette activité? Pourquoi?

QUALITÉ DU SERVICE PCIMA

- Est-ce que le dépistage systématique (œdème et PB) est fait pour tout enfant qui vient en consultation?

Si non, pourquoi pas?

- Quels types de référencement (RC, auto référencement, autre bénéficiaire, membre de la communauté, etc.) sont plus fréquents? Pourquoi?
- Comment les référencement par les RC sont-ils organisés?
- Qui fait le suivi des enfants référés par les RC?

Si le suivi n'est pas fait, pourquoi?

- Comment référez-vous les enfants au CREN?
- Qui fait le suivi des enfants référés au CREN?

Si le suivi n'est pas fait, pourquoi?

- Qui fait la décision pour admettre un enfant au programme? Sur quels critères?
- Avez-vous fait face aux difficultés par rapport les admissions?

Si oui, quel genre des difficultés?

- Rejetez-vous des enfants référés par les RC ou autres?

Si oui, pourquoi? Combien de % approximativement?

▪ Qui remplit les registres et les fiches de suivi? ▪ Avez-vous fait face aux difficultés par rapport la tenue des registres? Si oui, quelles difficultés? ▪ Combien de fois par mois mettez-vous les registres à jour? Comment? ▪ Est-ce que les enfants dans cette communauté abandonnent le traitement? Si oui, pourquoi? Combien de % approximativement? Quelle ethnie? ▪ Qui fait le suivi des enfants abandons? Comment? Si le suivi n'est pas fait, pourquoi? ▪ Comment pourrait-on les motiver de retourner? ▪ Avez-vous eu des ruptures de stock? Si oui, de quoi? Pourquoi? Avec quel effet? ▪ Organisez-vous les séances de sensibilisation pour les accompagnants des enfants au programme? Si oui, comment? A quelle fréquence? Avec quels outils? Si non, pourquoi pas?	
PERCEPTION DU SERVICE PCIMA	
▪ Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA? ▪ Quels sont ses points forts/faibles? ▪ Que changeriez-vous pour améliorer sa qualité? ▪ Comment le service est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi? ▪ Existient-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service? Si oui, citez-les et expliquez.	

2. OBSERVATIONS AU CSPS

NB: Observation du travail sans intervention. C'est possible de poser des questions, mais il ne faut jamais interférer ou corriger le travail du personnel jusqu'à que vous ayez terminé.

OBSERVATION DES SOINS

- Accueil, comportement et attitude des agents de santé, atmosphère au CSPS
- Communication avec les accompagnant(e)s / informations partagées avec les bénéficiaires
- Temps d'attente / temps dédié à la consultation médicale
- Prise des mesures anthropométriques

OBSERVATION DES REGISTRES / FICHES DE SUIVI / CARNETS

- Lieu de stock et tenue des registres, fiches de suivi and autre matériel
- Observation du remplissage des registres / fiches de suivi: respect des critères d'admission et de sortie, calcule des z-score/poids à la sortie, note des abandons et leurs causes

3. GUIDE D'ENTRETIEN: REPRESENTANTS DU DISTRICT SANITAIRE / ONG

No. des personnes interviewées _____ dont _____ femmes et _____ hommes Equipe: _____

PROFIL COMMUNAUTAIRE

Malnutrition

- Quels termes locaux utilise-t-on dans cette communauté pour décrire la malnutrition?
- Comment est-elle aperçue? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté »?
- Est-ce que les membres de la communauté comprennent ses symptômes, causes et effets?

Si oui, comment est-ce qu'ils les décrivent?

- Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour le traitement de cette maladie dans cette communauté? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?
- Pensez-vous que la population connaisse le service PCIMA suffisamment? Pourquoi? Pourquoi pas?
- Comment est-il aperçu? Pourquoi?
- Existement-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Si oui, citez-les et expliquez.

- Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?

Sensibilisation

- Qui est responsable pour la sensibilisation de la population dans cette communauté?
- Est-ce que ces personnes sensibilisent la population sur la malnutrition?

Si oui, à quelle fréquence? Connaissez-vous les sujets abordés?

- Quelles personnes sont ciblées par la sensibilisation sur la malnutrition?
- Quelles autres personnes devraient être ciblées? Pourquoi?
- Quelles personnes devraient activement assister dans la sensibilisation de la sensibilisation? Pourquoi?
- Est-ce que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas?

PERCEPTION DU PROGRAMME PCIMA

- Quelles sont les spécificités de ce programme?
- Comment organisez-vous ou assistez-vous au suivant:
 - Supervision aux CdS;
 - Supervision des réseaux des RC ou autres;
 - Dépistage & référencement;
 - Suivi des absences/abandons, etc.
 - Activités de la mobilisation communautaire.

Décrivez en détail.

- Quels sont les défis majeurs de ce programme? Pourquoi?
- Quels sont ses points forts/faibles?

4. GUIDE D'ENTRETIEN: MEMBRES DE LA COMMUNAUTE (FEMMES, HOMMES)

Nbre des personnes interviewées _____

Date: _____

Aire _____

de _____

santé: _____

Ethnie: _____

Village: _____

District sanitaire: Fada _____

Equipe: _____

PROFIL PERSONNEL & COMMUNAUTAIRE

Malnutrition

(montrez les images de marasme / kwashiorkor)

- Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?

Si oui, quel type est plus courant?

- Est-ce que c'est une maladie comme les autres?
Oui . Pourquoi? Non. Pourquoi pas?
- Quels termes locaux utilise-t-on pour la décrire?
- Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie ?
- Comment est-elle aperçue dans la communauté?
Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté » ?

Si oui, depuis quand? Selon vous pourquoi cette maladie est apparue dans votre communauté?

- Pensez-vous que cette condition est stigmatisée?
Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou relation dans la communauté?
- Comment décrit-on ses causes et symptômes?
- Quel itinéraire thérapeutique utilise-t-on pour traiter cette maladie? Pourquoi?

Pensez-vous que l'attitude de la population, de votre entourage, de votre famille, par rapport à la maladie des enfants a changé ? Si oui, comment expliquez-vous ce changement ?

Avez-vous eu accès à de nouvelles informations sur la maladie de votre enfant durant la dernière année ? si oui lesquelles ? A travers quel canal d'information ?

Avez-vous eu recours à un guérisseur ou un vendeur ambulant pour soigner votre enfant ? quelles informations et quel traitement vous-ont-ils donné ?

Y-a-t-il eu un changement dans l'accompagnement des enfants au CSPS? (véhicules, implication des hommes, cout financier...)

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Avez-vous entendu parler du service PCIMA?

Si oui, qui a parlé? A quelles occasions ? Qu'est-ce qu'il a été dit?

- Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service?
- Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? PPN, PPS, médicaments
- Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement?
- Connaissez-vous la périodicité des RDV de suivi ?
- Peut-on trouver des médicaments, du PPN ou le PPS en vente dans le village ?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Existents-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Lors de notre dernière enquête, nous avons constaté que beaucoup de personnes pensaient que le traitement de la malnutrition se limitait seulement à la prise du PPN. Pour vous, cette situation a-t-elle évolué ? Si oui, comment l'information a-t-elle été diffusée dans la population ?

Aussi, beaucoup pensaient que les médicaments ne sont pas gratuits par confusion avec les soins payants (pathologies associées non subventionnées). Pour vous, cette situation a-t-elle évolué ? Si oui, comment l'information a-t-elle été diffusée dans la population ?

Si oui, citez-les et expliquez.	
COUVERTURE / REJET / ABANDON	
- Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA? - Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme? - Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? - Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner? - Y a-t-il des tradipraticiens ou guérisseurs dans le village ? - Les fréquentez-vous ?	Lors de notre dernière enquête beaucoup de gens ont affirmé qu'ils ont été soit mal accueillis ou rejetés par les agents de santé. Pensez-vous que cette situation a changé ?
SENSIBILISATION & DEPISTAGE	
- Qui fait la sensibilisation dans votre communauté? A quelle fréquence? Sur quels sujets? - Quels sont les canaux de communication ? A quelle fréquence ? - Assistez-vous aux séances de sensibilisation? Pourquoi? Pourquoi pas? - Que pensez-vous de ces séances? Sont-elles intéressantes? Ennuyantes? Pourquoi? - Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi? - Pensez-vous que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas? - Comment devrait-elle être renforcée? - Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants? Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment? - Connaissez-vous cet outil (MUAC) ?	Pensez-vous que les enfants de votre village sont plus souvent dépistés qu'avant ? Qu'est ce qui a changé dans le dépistage des enfants ?

5. GUIDE D'ENTRETIEN: LEADERS COMMUNAUTAIRES (AUTORITES RELIGIEUSES, CHEFS COUTUMIERS OU AUTRES)

Nbre. des personnes interviewées _____ **dont** _____ **femmes et** _____ **hommes** **Ethnie:** _____ **Date:** _____
District sanitaire: **Aire de santé:** **Village:** **Equipe:** _____
FADA _____

CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION

(montrez les images de marasme / kwashiorkor)

- Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?

Si oui, quel type est plus courant?

- Est-ce que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi? Pourquoi pas?
- Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire?
- Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté » dans votre communauté?

Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté?

- Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?
- Connaissez-vous ses symptômes? Si oui, citez-les.
- Connaissez-vous ses causes? Si oui, citez-les.
- Connaissez-vous ses effets? Si oui, citez-les.
- Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Avez-vous entendu parler du service PCIMA?

Si oui, qui a parlé? Qu'est-ce qu'il a été dit?

- Est-ce que vous entendez parler du service PCIMA souvent? A quelle fréquence?
- Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service?
- Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent?
- Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Existents-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Si oui, citez-les et expliquez.

- Comment amélioreriez-vous sa qualité?

COUVERTURE / REJET / ABANDON

Lors de notre dernière enquête beaucoup de gens ont affirmé qu'ils ont

▪ Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA? ▪ Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme? ▪ Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? ▪ Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner? ▪ Y a-t-il des tradipraticiens ou guérisseurs dans le village ? ▪ Les fréquentez-vous ?	été soit mal accueillis ou rejetés par les agents de santé. Pensez-vous que cette situation a changé ?
---	---

SENSIBILISATION & DEPISTAGE

▪ Qui fait la sensibilisation dans votre communauté? A quelle fréquence? Sur quels sujets? ▪ Quels sont les canaux de communication ? A quelle fréquence ? ▪ Assistez-vous aux séances de sensibilisation? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Que pensez-vous de ces séances? Sont-elles intéressantes? Ennuyantes? Pourquoi? ▪ Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi? ▪ Pensez-vous que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Comment devrait-elle être renforcée? ▪ Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants? Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment? ▪ Connaissez-vous cet outil (MUAC) ?	Pensez-vous que les enfants de votre village sont plus souvent dépistés qu'avant ? Qu'est ce qui a changé dans le dépistage des enfants ?
---	--

6. GUIDE D'ENTRETIEN: ACCOMPAGNANT(E)(S) DES ENFANTS MAS (BÉNÉFICIAIRES DU SERVICE PCIMA)

Nbre. des personnes interviewées _____ dont _____ femmes et _____ hommes _____ Ethnie: _____ Date: _____

District sanitaire: Aire de santé: Village: _____ Equipe: _____

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Comment avez-vous entendu parler du service PCIMA?
- Qu'est-ce que vous avez entendu?
- Est-ce que vous entendez parler du service PCIMA souvent? A quelle fréquence?
- Pourquoi avez-vous décidé de venir au CSPS?

Si la maladie d'enfant est citée:

- Quand avez-vous remarqué que votre enfant est tombé malade?
- Quels étaient ses symptômes /problèmes?
- Est-ce que votre enfant a été mesuré à domicile?

Si oui, qui l'a mesuré? Comment? Qu'est-ce qu'il a été dit?

- Après combien de temps avez-vous décidé d'aller au centre de santé?

Si plus que deux semaines:

- Pourquoi avez-vous pris ce temps?
- Depuis combien de temps êtes-vous dans le programme?
- Avez-vous remarqué une différence dans l'état de votre enfant?
- Quelle différence?

Pouvoir décisionnel

- Est-ce quelqu'un vous a encouragé d'aller au CSPS?

Si oui, qui vous a encouragé?

- Est-ce que cette personne vous encourage de continuer le traitement? Pourquoi?
- Est-ce que cette personne vous accompagne pour aller au CSPS?

Lors de notre dernière enquête, nous avons constaté que beaucoup de personnes ne connaissaient pas l'existence du service. Pour vous, cette situation a-t-elle évolué ? Si oui, comment l'information a-t-elle été diffusée dans la population ?

Pensez-vous que les enfants de votre village sont plus souvent dépistés qu'avant ? Qu'est ce qui a changé dans le dépistage des enfants ?

Pensez-vous que l'attitude de la population, de votre entourage, de votre famille, par rapport à la maladie de l'enfant a changé ? Si oui, comment expliquez-vous ce changement ?

Y-at-il eu un changement dans l'accompagnement des enfants au CSPS ? (véhicules, implication des hommes, cout financier...)

Si non, souhaitez-vous d'être accompagné(e)? Pourquoi?	
CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION	
▪ Connaissez-vous les causes de la condition de votre enfant? Si oui, citez-les. ▪ Connaissez-vous les effets de cette condition? Si oui, citez-les. ▪ Est-ce que vous pensez que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Comment avez-vous essayé de traiter cette condition avant d'aller au CSPA ? ▪ Quels mots les gens utilisent-ils pour décrire cette condition? ▪ Est-ce que le personnel du CSPA utilise les mêmes mots? Si non, quels mots sont utilisés par le personnel du CSPA ? ▪ Est-ce que le personnel du CSPA vous a expliqué la condition de votre enfant? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont dit?	Avez-vous eu accès a de nouvelles informations sur la maladie de votre enfant durant la dernière année ? si oui lesquelles ? A travers quel canal d'information ? Avez-vous eu au recours a un guérisseur ou un vendeur ambulancier pour soigner votre enfant ? quelles informations et quel traitement vous-ont-ils donne ?
QUALITÉ DU SERVICE PCIMA	
▪ Quelle est normalement la durée d'attente avant être servi? Pourquoi? ▪ Comment passez-vous le temps d'attente? Est-ce que c'est confortable? ▪ Combien de temps passez-vous avec l'infirmier(e) pendant la consultation? ▪ Est-ce qu'il/elle est gentil(le)? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Qu'est-ce que le personnel du CdS vous donne pour traiter la maladie? ▪ Est-ce qu'ils ont expliqué la raison pour ce traitement? ▪ Avez-vous toujours reçu la ration complète? Si non, pourquoi pas? Combien de fois? ▪ Est-ce que le personnel du CSPA a expliqué comment l'utiliser? Si oui, est-ce que vous observez des instructions? ▪ Est-ce que votre enfant aime manger ce médicament?	On peut demander l'évolution de la prise en charge si l'accompagnant a déjà eu acces a ce service durant les 12 derniers mois.

- Est-ce qu'il a/avait des symptômes après l'avoir mangé? Si oui, quels symptômes? - Est-ce que vous continuez le traitement? - Avez-vous essayé ce médicament? - Est-ce que vous le partagez avec les autres membres de la famille? Pourquoi? - Quelle est la durée approximative du traitement? - Est-ce que vous allez continuer jusqu'à la guérison? Pourquoi ? Pourquoi pas?	
APPRÉCIATION DU SERVICE PCIMA	
- Que pensez-vous de ce service (+/-)? Pourquoi? - Allez-vous référer ce service aux autres membres de votre communauté? Pourquoi ? Pourquoi pas? Si positive, avez-vous déjà référé ce service aux autres membres de votre communauté? Quand? Pourquoi? - Que changeriez-vous pour améliorer la qualité du service? - Est-ce qu'il est facile de se rendre au CSPS ? Si non, qu'est-ce que rend le trajet difficile? - Quel moyen de transport utilisez-vous? - Quel est le prix de votre trajet aller-retour? - Quelle est la durée de ce déplacement? Qui se charge de vos enfants pendant votre absence?	
COUVERTURE / REJET / ABANDON	
- Connaissez-vous autres enfants dans votre communauté en besoin du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme? - Existe-t-il une stigmatisation de ces enfants et/ou leurs parents dans la communauté? Pourquoi? - Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? - Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? - Comment pourrait-on les motiver de retourner?	Avez-vous globalement constate une évolution pour les enfants malnutris ? laquelle ? A quoi l'attribuez-vous ?

7. GUIDE D'ENTRETIEN: ASBC-AV

Nbre. des personnes interviewées _____ dont _____ femmes et _____ hommes
 Aire de santé: _____ Ethnie: _____
 Village: _____ Date: _____
 District sanitaire: Fada _____ Equipe: _____

MALADIES INFANTILES & MALNUTRITION

Malnutrition

(montrez les images de marasme / kwashiorkor)

- Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?

Si oui, quel type est plus courant?

Est-ce que c'est une maladie comme les autres?

Oui . Pourquoi? Non. Pourquoi pas?

- Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire?
- Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie ?
- Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté » dans votre communauté?

Si oui, depuis quand? Selon vous pourquoi cette maladie est apparue dans votre communauté?

- Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?
- Quels sont les symptômes de cette maladie?
- Quelles sont ses causes?
- Quels sont ses conséquences?

Pensez-vous que l'attitude de la population, de votre entourage, de votre famille, par rapport à la maladie des enfants a changé ? Si oui, comment expliquez-vous ce changement ?

Avez-vous eu accès à de nouvelles informations sur la maladie des enfants durant la dernière année ? si oui lesquelles ? A travers quel canal d'information ?

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Avez-vous entendu parler du service PCIMA?

Si oui, qui a parlé? A quelles occasions ? Qu'est-ce qu'il a été dit?

- Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service?
- Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? PPN, PPS, médicaments
- Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement?
- Connaissez-vous la périodicité des RDV de suivi ?
- Peut-on trouver des médicaments, du PPN ou le PPS en vente dans le village ?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Existent-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Si oui, citez-les et expliquez.

Lors de notre dernière enquête, nous avons constaté que beaucoup de personnes pensaient que le traitement de la malnutrition se limitait seulement à la prise du PPN. Pour vous, cette situation a-t-elle évolué ? Si oui, comment l'information a-t-elle été diffusée dans la population ?

Aussi, beaucoup pensaient que les médicaments ne sont pas gratuits par confusion avec les soins payants (pathologies associées non subventionnées). Pour vous, cette situation a-t-elle évolué ? Si oui, comment l'information a-t-elle été diffusée dans la population ?

COUVERTURE / REJET / ABANDON

Lors de notre dernière enquête beaucoup de gens ont affirmé qu'ils ont été soit mal accueillis ou rejetés par les agents de santé. Pensez-vous que cette situation a changé ?

- Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA? - Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme? - Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? - Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner? - Y a-t-il des tradipraticiens ou guérisseurs dans le village ? - Les fréquentez-vous ?	
SENSIBILISATION & DEPISTAGE	
- Qui fait la sensibilisation dans votre communauté? A quelle fréquence? Sur quels sujets? - Quels sont les canaux de communication ? A quelle fréquence ? - Assistez-vous aux séances de sensibilisation? Pourquoi? Pourquoi pas? - Que pensez-vous de ces séances? Sont-elles intéressantes? Ennuyantes? Pourquoi? - Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi? - Pensez-vous que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas? - Comment devrait-elle être renforcée? - Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants? Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment? - Connaissez-vous cet outil (MUAC) ?	Pensez-vous que les enfants de votre village sont plus souvent dépistés qu'avant ? Qu'est ce qui a changé dans le dépistage des enfants ?

8. GUIDE D'ENTRETIEN: Tradipraticiens de santé

Nbre. des personnes interviewées _____ **dont** _____ **femmes et** _____ **hommes** **Ethnie:** _____
Aire de santé: _____ **Village:** _____ **Date:** _____
District sanitaire: Fada _____ **Equipe:** _____

MALADIES INFANTILES & MALNUTRITION

Maladies infantiles - Quelles sont les maladies infantiles les plus fréquentes dans votre communauté? - A quel moment de l'année se présentent-elles? - Comment est-ce que vous les traitez? Malnutrition (montrez les images de marasme / kwashiorkor) - Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?	Pensez-vous que l'attitude de la population, de votre entourage, de votre famille, par rapport à la maladie des enfants a changé ? Si oui, comment expliquez-vous ce changement ?
--	--

Si oui, quel type est plus courant? Est-ce que c'est une maladie comme les autres? Oui . Pourquoi? Non. Pourquoi pas? ▪ Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire? ▪ Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie ? ▪ Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi? ▪ Est-ce que c'est une « nouveauté » dans votre communauté? Si oui, depuis quand? Selon vous pourquoi cette maladie est apparue dans votre communauté? ▪ Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Pourquoi? ▪ Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté? ▪ Quels sont les symptômes de cette maladie? ▪ Quelles sont ses causes? ▪ Quels sont ses conséquences? ▪ Traitez-vous cette maladie? Si oui, comment? ▪ A quel moment de l'année les enfants développent cette maladie le plus souvent?	Avez-vous eu accès à de nouvelles informations sur la maladie des enfants durant la dernière année ? si oui lesquelles ? A travers quel canal d'information ? Avez-vous été sollicités pour soigner ce type d'enfant ? quelles informations et quel traitement avez-vous donné ? Avez-vous été sollicités par les services de santé pour coopérer ? Il y a eu quel changement dans votre activité concernant les enfants depuis les 12 derniers mois ?
CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA	
▪ Avez-vous entendu parler du service PCIMA? Si oui, qui a parlé? Qu'est-ce qu'il a été dit? ▪ Est-ce que vous entendez parler du service PCIMA souvent? A quelle fréquence? ▪ Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service? ▪ Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? ▪ Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement? ▪ Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi? ▪ Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel? ▪ Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi? ▪ Existents-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service? Si oui, citez-les et expliquez.	Y-at-il eu un changement dans l'accompagnement des enfants au CSPS ? (véhicules, implication des hommes, cout financier...)
COUVERTURE / REJET / ABANDON	
▪ Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA? ▪ Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement? Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme?	Lors de notre dernière enquête beaucoup de gens ont affirmé qu'ils ont été soit mal accueillis ou rejetés par les agents de santé. Pensez-vous que cette situation a changé ?

▪ Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi? ▪ Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner?	
SENSIBILISATION & DEPISTAGE	
▪ Qui fait la sensibilisation dans votre communauté? A quelle fréquence? Sur quels sujets? ▪ Est-ce que vous assistez aux séances de sensibilisation? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Que pensez-vous de ces séances? Sont-elles intéressantes? Ennuyantes? Pourquoi? ▪ Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi? ▪ Pensez-vous que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas? ▪ Comment devrait-elle être renforcée? ▪ Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants? Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment?	Pensez-vous que les enfants de votre village sont plus souvent dépistés qu'avant ? Qu'est ce qui a changé dans le dépistage des enfants ?

ANNEXE 7 : liste comparative des barrières entre les différentes investigations

N°	Barrières identifiées lors de la SLEAC ou SQUEAC	Barrières identifiées lors de la SQUEAC de suivi
1	Faible dépistage en dehors des campagnes de masse	Irrégularité du dépistage
2	Recours à la médication familiale en première intention; TPS premier recours, CSPS amélioration	Recours tardif au CSPS pour traitement MA
3	Mauvaise connaissance de la cible; Méconnaissance des causes	Méconnaissance du programme PCIMA
4	Long temps d'attente	Longue attente des mères d'enfants MA
5	ATPE partagé ou mal utilisé	Partage du PPN
6	Distance	Abandons :- inaccessibilité saisonnière; Distance (manque de moyen de communication); inégalité dans la distribution
		Insuffisance des séances sensibilisation
7	Insuffisance de personnel formé	Insuffisance de ressources humaines
8	Mères victimes de moqueries Honte des mères	Stigmatisation (discrimination, honte des mères, maladie contagieuse)
9	Insuffisance de connaissance des signes	Méconnaissance des signes de la malnutrition (Kwashiorkor)
		Croyances socio-culturelles (causes de MA)
		Rupture d'intrants (PPS, PPN)
10	Malnutrition non reconnue comme une maladie	

11	Connaissance limitées sur l'ATPE17 ; pas de connaissance sur la maladie, la durée du traitement ... ATPE non reconnu comme médicament	
12	Incompréhensions entre soins gratuits et soins payants	
13	Pas de dépistage systématique en consultation curative	
14	Surcharge de travail les jours de PEC	
15	Mauvais accueil des mères	
16	Rejet par les agents de santé ou limitation des cas PEC par jour	
17	Insuffisance d'explications aux mères sur le traitement, sa durée	
18	Motivation financière ressentie comme insuffisante	
19	Insuffisance de communication avec les ASBC	
20	Insuffisance d'implication des autorités pour la PEC de la MAS	
21	L'appui des partenaires techniques et financières (ACF, autres ONG) est parfois jugé comme insuffisant et devrait être renforcé (substitution)	
22	Voyage de la mère	
23	Problème de moyens financiers pour la PEC	
24	Préférence de la médecine traditionnelle	
25	Occupation des mères	
26	Non reconnaissance du KWASH (pense maladie autre que malnutrition)(la malnutrition n'est pas reconnue comme une maladie)	
27	Insuffisance de formation	
28	Refus des hommes (besoin autorisation)	
29	Insécurité	
30	Ne connaît pas les activités des ASBC	
31	Faible intérêt des hommes pour les enfants, PF et /ou MAS	
32	Faible qualité dépistage	
33	Consultation de PEC incomplète	
Total	33	12