

NOM DU PROGRAMME: Programme intégré de lutte contre la mortalité infantile

LOCATION: Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro, Région de Koulikoro, Mali

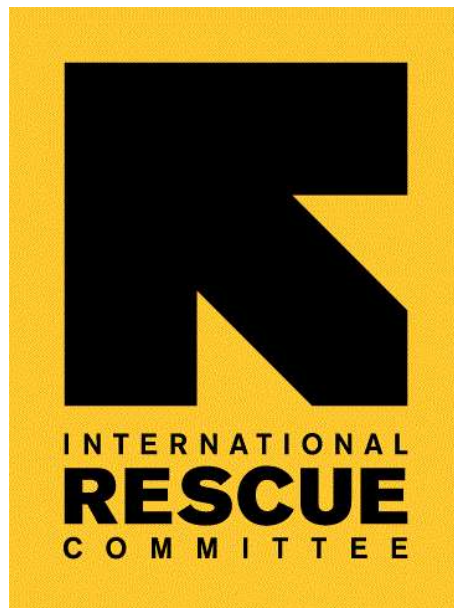
DATES D'INVESTIGATION : DU 22 Décembre 2015 au 9 Janvier 2016

AUTEURS: Issiaka Traore, Mohamed El Moctar, Aminata Kone, Beatrice Mounier

TYPE D'INVESTIGATION: SQUEAC

TYPE DE PROGRAMME: PCIMA

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)



COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
ACRONYMES	4
RESUME	5
OBJECTIFS	6
1. INTRODUCTION	7
2. CONTEXTE	7
2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE	7
2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:	9
2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA	9
3. PROCESSUS D'INVESTIGATION	10
3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES	10
3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES	10
3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES	38
3.2. ETAPE 3 : Estimation de la couverture	44
3.2.1. Estimation de la probabilité à priori	44
3.2.2. Evidence vraisemblable	48
3.2.3. Probabilité a priori : estimation de la couverture	49
4.DISCUSION & RECOMMANDATIONS	52

REMERCIEMENTS

International Rescue Committee (IRC) adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête :

- A la Direction générale de ECHO pour le soutien financier
- Au Ministère de la santé, à la Division Nationale de la Nutrition, à la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Koulikoro, aux Districts Sanitaires (DS) de Kati et de Kalabancoro, aux personnels des formations sanitaires pour leur disponibilité, leur participation et leur vif intérêt pour la réalisation de l'enquête
- Aux autorités administratives et locales des Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro ainsi que toute la population de ces deux Districts pour leur accueil et collaboration
- Aux ASACO et aux relais communautaires pour leur collaboration et participation active
- A l'équipe IRC Bamako ainsi qu'aux Technical Advisors de New York pour leur appui à la réalisation de cette enquête
- A l'équipe du Coverage Monitoring Network (CMN) et particulièrement à Abdoul- Aziz GOZA et Carine Magen pour leur appui technique à distance dans la réalisation de cette enquête

ACRONYMES

ASACO	Association de Santé Communautaire
CAFO	Collectif des Organisations et Associations Féminines
CSCo	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de référence
DTC	Directeur Technique du Centre
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de sante communautaire
IRC	International Rescue Committee
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
REACH	Renew Effort Against Child Hunger and Undernutrition
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SLEAC	Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage
SUN	Scaling Up Nutrition
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Intensive
VAD	Visite à Domicile
WASH	Water sanitation and hygiene

RESUME

IRC intervient dans la région de Koulikoro dans les Districts de Kati et de Kalabancoro¹ depuis mai 2012 et à ce jour développe un programme intégré nutrition/WASH qui couvre l'ensemble des deux Districts à savoir 45 Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et 2 Centres de Santé de Référence (CSRef).

Une investigation SQUEAC avait déjà été réalisée en janvier 2015 faisant ressortir les barrières et les boosters à la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères, et montrait un taux de couverture de **40,2% (30,2% - 51,2%) contre 48.6% (38.3%-58.3%)** lors de cette investigation de suivi SQUEAC.

D'autres enquêtes ont été réalisées soit sur le plan national ou par IRC à Kati notamment : - Une enquête SLEAC réalisée en juin 2014 avec un taux de couverture moyenne nationale à 22.3% (16,7% - 27,6%) et pour la région de Koulikoro de 31.9% (26.9% - 37.1%)².

- En Avril 2013 une SQUEAC avait été réalisée par IRC dans 35 aires de santé de Kati avait mis en évidence une couverture actuelle de 69.9%(62.3%-76.5%)³.

L'investigation SQUEAC de suivi présentée ici donne une couverture de 48.6% qui comparativement à l'enquête squeac de 2015 montre une couverture avec une légère amélioration

Cette investigation de suivi nous a permis d'évaluer les activités mises en place suite aux recommandations proposées en janvier 2015, et de mettre en évidence les barrières actuelles :

- la faible mobilisation communautaire pour les actions de sensibilisation et de dépistage (ressortie en 2015)
- le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication (achat de médicament à la boutique...) ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes) (ressortie en 2015)
- le manque de communication entre les leaders
- la distance/coût élevé pour aller au CscM
- le manque de disponibilité des mères en raison de la multitude de tâches (domestiques, travaux champêtres, commerces etc...)

Les barrières actuelles sont en ligne avec celles de 2015.

¹ Avant 2014, les deux Districts de Kati et de Kalabancoro formaient un seul District (District de Kati). La scission est effective depuis mai 2014. Le District de Kati comprend à ce jour 31 aires de santé et 1 centre de référence et le District de Kalabancoro 14 aires de santé un 1 centre de référence.

² SLEAC nationale juin 2014, UNICEF- Direction de la nutrition – CMN.

³ Lors de cette enquête SQUEAC en avril 2013, le calcul de la couverture périodique avait été choisi et s'élevait à 86,1% (IC 95% : 81,6%-89,65). Pour permettre la comparaison avec l'enquête de 2015, la couverture actuelle de cette enquête SQUEAC Avril 2013 a été calculée et indique un taux de couverture de 69.9%(62.3-76.5%). Pour information, l'intervention d'IRC a débuté en juin 2012 et a couvert 35 CSCoM à partir de novembre 2012. L'enquête SQUEAC d'avril 2013 a été réalisée après 5 mois de projet, et l'approche d'intervention d'IRC était davantage basée sur une réponse d'urgence avec la mise à disposition de ressources humaines et matérielles importantes (mise en place d'équipes mobiles dans les villages éloignés des CSCoM) qui expliquent le taux de couverture important. Depuis 2014, IRC a revu sa stratégie d'intervention en privilégiant une approche d'intégration des activités de PCIMA dans le système de santé existant et par conséquent a réduit son soutien direct au profit du renforcement des capacités locales qui pourrait expliquer la diminution du taux de couverture.

OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif général est de faire le suivi des recommandations formulées lors de la SQUEAC de 2015 d'estimer l'évolution de la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de 6 à 59 mois dans les Districts de Kati et de Kalabancoro au moyen d'une Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Réaliser une analyse approfondie des données et des indicateurs du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
2. Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
3. Identifier les forces du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
4. Evaluer la couverture de la zone ciblée
5. Evaluer l'évolution des barrières
6. Emettre des recommandations spécifiques pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
7. Renforcer les capacités du personnel et des partenaires

1. INTRODUCTION

Cette investigation entre dans le cadre du projet d'appui à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans les Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro (région de Koulikoro), mis en œuvre par International Rescue Committee (IRC) sous les financements ECHO et UNICEF, Le projet repose sur les principaux volets suivants :

- un volet nutrition basé sur le protocole de prise en charge de la malnutrition (PCIMA) en vigueur au Mali comprenant l'aspect préventif (au niveau communautaire) et l'aspect curatif (au niveau des centres de santé)
- un volet eau hygiène et assainissement selon l'approche WASH in Nut Sahel
- un volet coordination avec le renforcement des capacités de gestion et de suivi des programmes par les équipes cadre de District.
- Un volet ANJE pour la promotion de l'allaitement maternel

La réalisation de cette investigation de suivi SQUEAC permettra, en identifiant les barrières à l'accès et à la participation ainsi que les points forts du programme, de déterminer l'impact réel du projet mais surtout d'évaluer la mise en œuvre du plan d'action proposé suite à l'investigation de 2015 et d'émettre des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture et l'efficacité du programme.

2. CONTEXTE

2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Le projet IRC couvre l'intégralité des deux Districts de Kati et Kalabancoro.

Etant données les similarités sur le plan socio-économique de ces 2 Districts (proximité avec Bamako, répartition de leurs populations en zones rurales et urbaines), il a été décidé de faire une synthèse qualitative globale, et une analyse commune des résultats pour l'étape 3.

De plus, les Districts Sanitaires de Kati et Kalabancoro formaient jusqu'en 2014 un seul District appelé District Sanitaire de Kati et ceinturant l'ensemble de la ville de Bamako. La scission en deux du District, a fait ressortir deux zones géographiques séparées par le fleuve Niger :

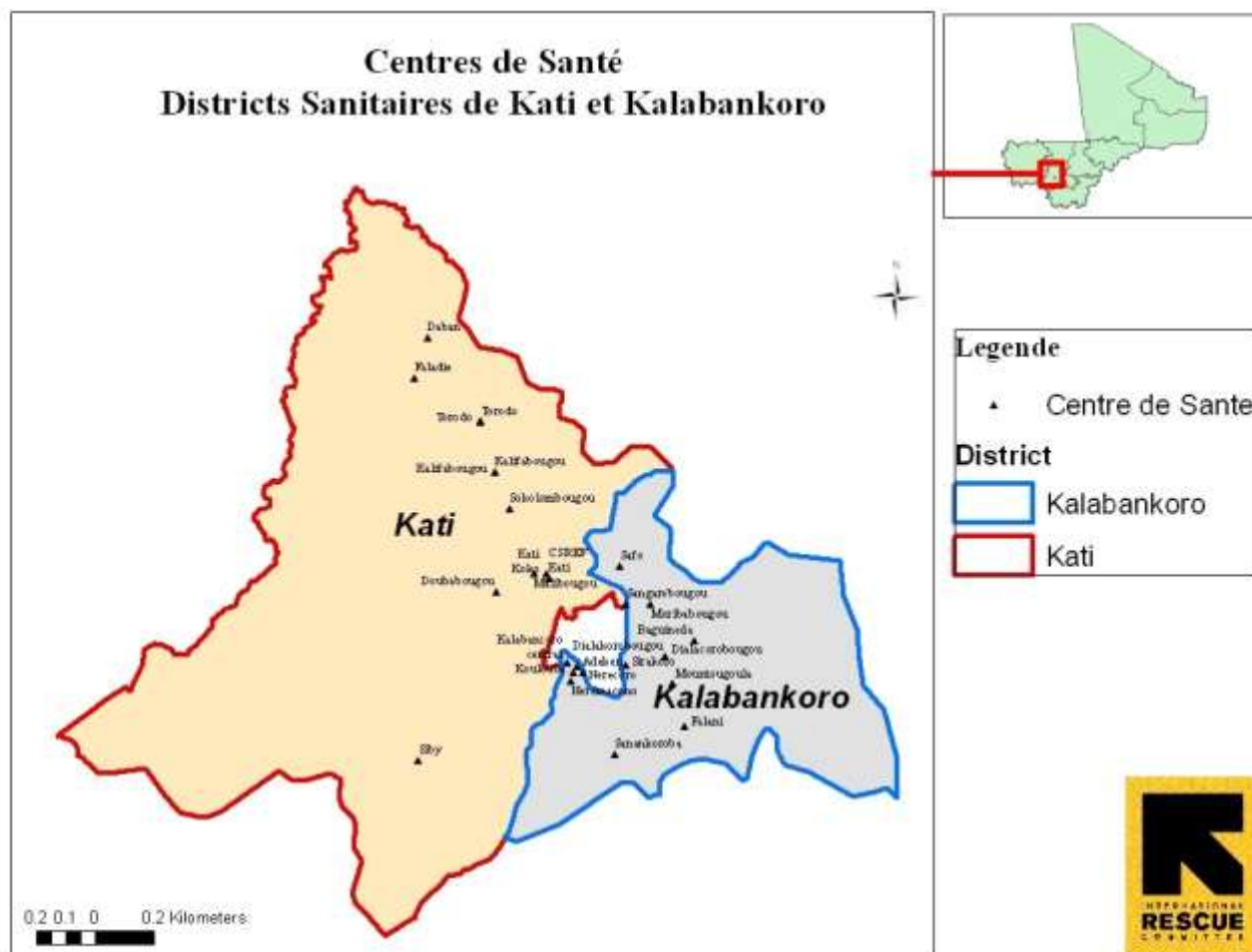
- Au Nord-Ouest du fleuve, District sanitaire de Kati qui comprend 31 aires de santé fonctionnelles (reparties en 24 communes) et une population de 610,024 habitants.
- Au Sud Est du fleuve, le District sanitaire de Kalabancoro qui comprend 14 aires de santé fonctionnelles (reparties en 4 communes) et une population de 310,183 habitants.

Ces deux Districts, de par leur situation géographique proche de Bamako, constituent des zones mixtes avec une forte concentration de population dans les centres urbains. La ville de Kalabancoro comptabilise plus de 60,000 habitants ce qui représente 20% de la population totale du District et la ville de Kati 52,000 habitants soit 9% de la population totale du District. Le District de Kati, plus vaste et plus peuplé est composé à 59 % de zone rurale contrairement à Kalabancoro qui comptabilise seulement 37% de son territoire en zone rurale (soit 63% de zone urbaine).

Les principales activités économiques des deux Districts en milieu rural sont aussi bien l'agriculture (culture du mil, du maïs et de l'arachide) que l'élevage (caprin, ovin et bovin). Les cultures maraîchères (oignons, tomates, aubergines, etc....) sont également développées dans la région en raison de la proximité avec la capitale et des opportunités d'échanges. Un important marché au bétail a lieu chaque semaine dans la commune de Kambila à 3 km de la ville de Kati et rassemble de nombreux commerçants et acheteurs des environs dont ceux venant de la ville de Bamako. En milieu urbain, les principales activités économiques sont les petits commerces. On dénombre aussi une forte proportion de fonctionnaires résidant à Kati et Kalabancoro.

Les mécanismes de cohésion sociale apparaissent différents entre les zones rurales et les zones urbaines, les premières étant basées sur un système d'entraide communautaire s'appuyant sur la base de la famille élargie, les deuxièmes étant moins structurées en raison de l'éclatement de la cellule familiale (de nombreuses personnes ayant migré vers la capitale).

Carte 1 : District de Kati et de Kalabankoro



2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:

La dernière enquête SMART nationale réalisée en 2015 a révélé un taux de Malnutrition Aiguë Globale national (MAG) à 11.2 contre 13,3% en 2014, dont 9.2% pour la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) et 2% pour la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS). La zone reste classée comme une zone à problème nutritionnel d'où la nécessité de poursuivre les efforts dans la prévention et la Prise en Charge de la Malnutrition (PCIMA).

2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA:

La prise en charge de la malnutrition est assurée dans les Districts de Kati et Kalabankoro conformément aux directives nationales à savoir dans chaque CSCOM fonctionnel (URENAS/URENAM) et au niveau du CSRef (URENI) avec en parallèle le développement de l'approche communautaire pour faciliter la sensibilisation, l'identification et le référencement des cas de malnutrition via la participation active des relais communautaires (2 relais par village qui sont en théorie gérés par les ASACO).

IRC intervient dans les Districts de Kati et Kalabankoro depuis avril 2012 pour appuyer la prise en charge de la malnutrition aigüe dans l'intégralité des CSCOM fonctionnels, des CSRef et des communautés :

- KATI : 31 CSCm, 1 CSRef, 566 relais (2 relais par village)

- KALABANCORO : 17 CScCom et 1 CSRéf, 206 relais (2 relais par village)

La stratégie d'intervention d'IRC vise à :

- Renforcer des activités de mobilisation communautaire à travers la supervision et l'encadrement des relais communautaires par une équipe d'animateurs IRC.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris dans les structures de santé (CScCom/CSRéf) via un appui technique régulier des équipes de supervision médicales IRC en charge de renforcer les capacités des acteurs de santé.
- Garantir l'accès au paquet minimum WASH pour une meilleure prise en charge des enfants malnutris.
- Promouvoir l'allaitement maternel

3. PROCESSUS D'INVESTIGATION

3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Les données quantitatives ont été analysées séparément pour chaque District et sont présentées ainsi dans le rapport.

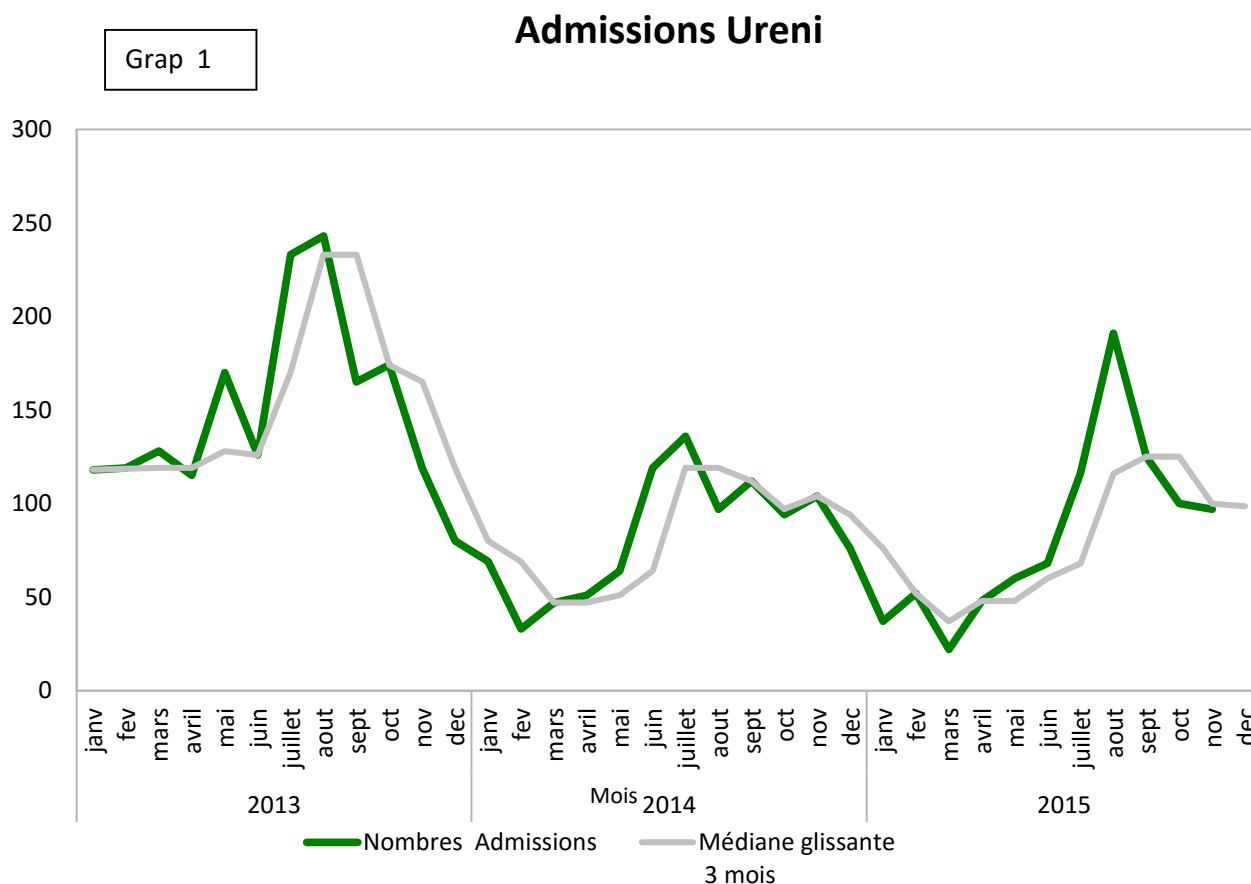
Les données qualitatives ont été combinées et une analyse globale a été réalisée pour les deux districts.

3.1.1 ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES

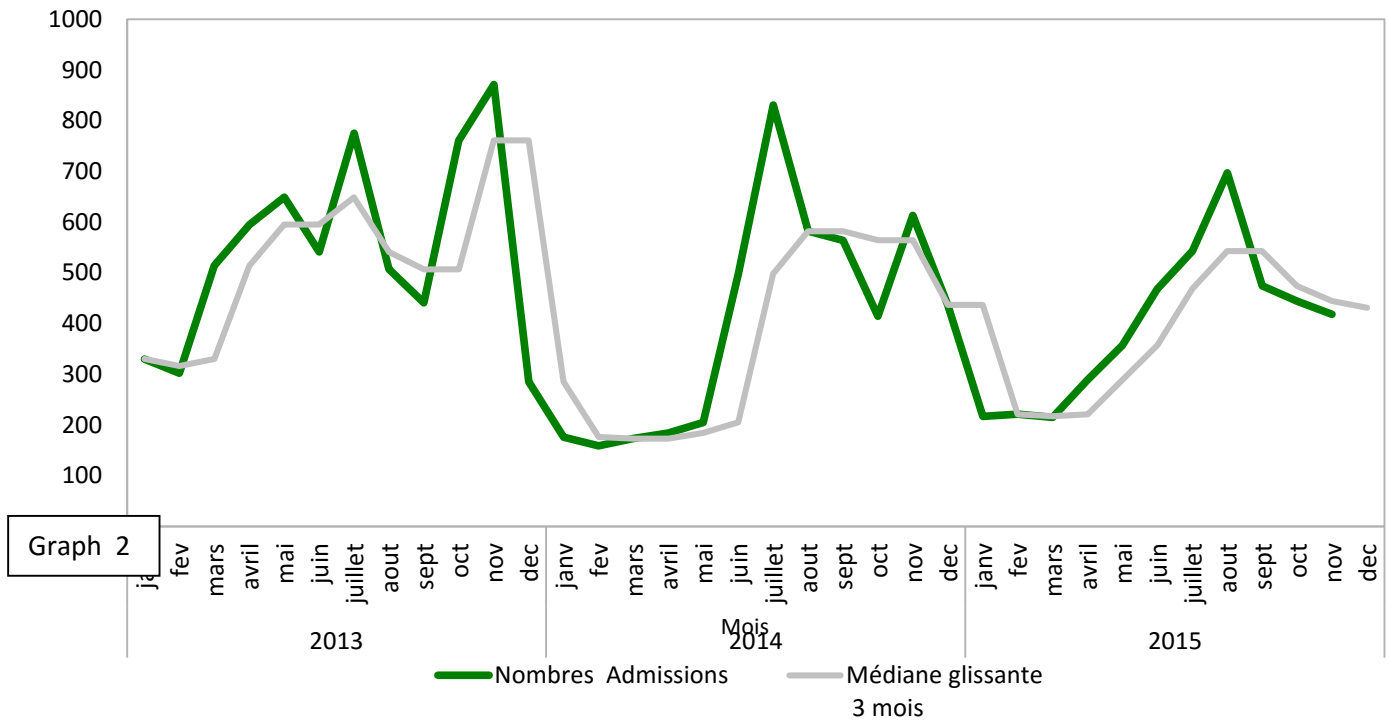
3.1.1.1. DISTRICT SANITAIRE DE KATI

Evolution du nombre d'admissions en URENAS

Sur les 35 mois de projet, de janvier 2013 à novembre 2016, 15750 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 450 admissions. Le projet couvre l'intégralité du District (31 CSCom) depuis avril 2013 (de janvier 2013 à avril 2013 seulement 35 CSCom était appuyés par IRC). Des pics d'admissions pouvant atteindre 700 par mois ont été enregistrés durant la période de juillet à octobre 2015 ce qui correspond à la période de soudure (baisse de la disponibilité des denrées couplée à l'augmentation des prix des denrées alimentaires) et également à la recrudescence des épisodes de maladies infantiles (paludisme et diarrhée en saison des pluies). Les pics d'admission à cette période se retrouvent toutes les annexes.



Admissions urenas



	2014												2015											
(Activités ,évènements)/mois	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout	Sept	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout	Sept	Oct.	Nov.	Déc.
Saison sèche																								
Saison des pluies																								
Pics de paludisme																								
Pics d'IRA																								
Pic de diarrhee																								
Travaux Champêtres par les hommes																								
Travaux Champêtres par les femmes																								
Maraichage																								
Disponibilité alimentaire																								
Prix eleve des denrees alimentaires																								
Ventes des recoltes et produit maraichers																								
Vente de betail (pour pallier a insecurite alimentaire)																								

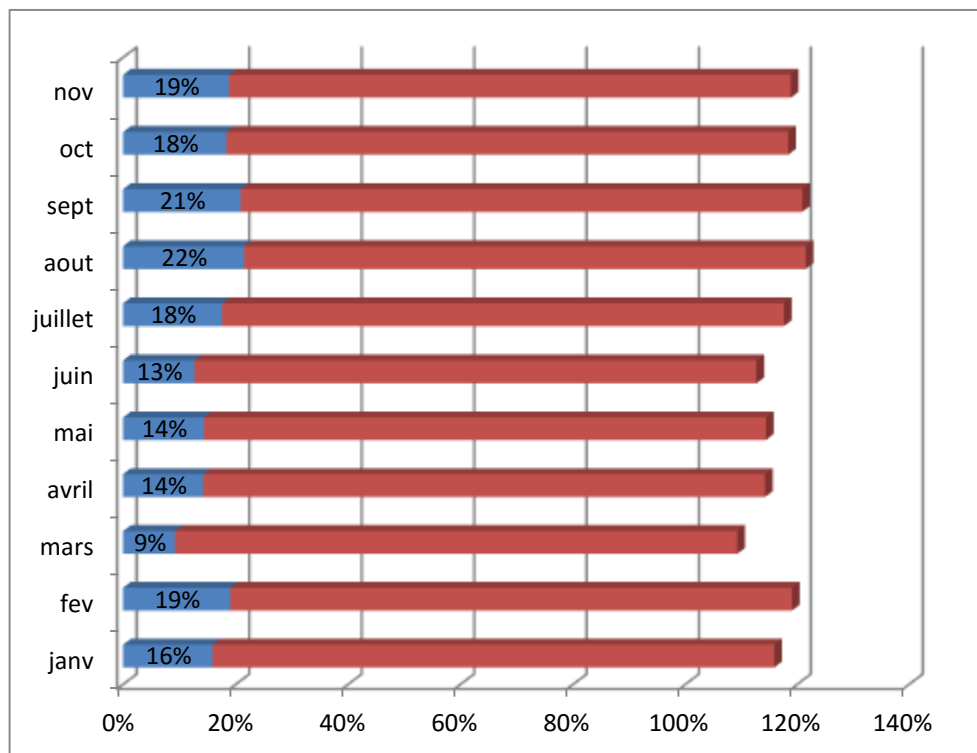
Une baisse progressive du nombre d'admissions en URENAS peut être constatée depuis 2013 (6571 admissions en 2013, 4836 admissions en 2014 et 4343 admissions en 2015). Cette baisse ne semble pas en lien avec une amélioration significative de la situation nutritionnelle : les chiffres de MAS des enquêtes SMART nationales de 2013 à 2015 ne montrant pas d'évolution sur la région de Koulikoro (2013 : 1,8% ; 2014 : 2,3% ; 2015 : 2,0%)¹. On peut donc plus expliquer cette diminution du nombre d'admissions en URENAS par un changement d'approche pour la mise en place des activités de prise en charge des enfants MAS. En effet en 2013, IRC a mis en place des équipes mobiles avec du personnel IRC en charge d'aider les agents des CSCoM pour la PCIMA mais aussi de réaliser la prise en charge des enfants MAS directement dans les villages les plus éloignés des CSCoM. Des agents IRC assuraient aussi du dépistage dans les communautés. A partir de 2014, cette approche a été revue dans un souci de pérennité de la réponse, en vue d'intégrer davantage la PCIMA dans le système de soins et de renforcer les capacités et l'autonomie des agents de santé des CSCoM. Pour cela l'équipe IRC a été réduite à uniquement du personnel de supervision ce qui a sans doute impacté le nombre d'admissions dans le programme (les activités de prise en charge dans les villages éloignés n'étant plus réalisées et le dépistage se faisant par des relais communautaires).

Evolution du nombre d'admissions en URENI

Entre janvier 2014 et novembre 2015, 1918 enfants MAS avec complications médicales ont été admis à l'URENI (enfants transférés des CSCoM + admis directs) avec une moyenne de 83 par mois. En regardant la courbe d'admissions nous constatons une ressemblance avec les admissions dans les urenas. L'évolution des admissions à l'ureni est en pleine relation avec les périodes de pics de la malnutrition

Graph 3

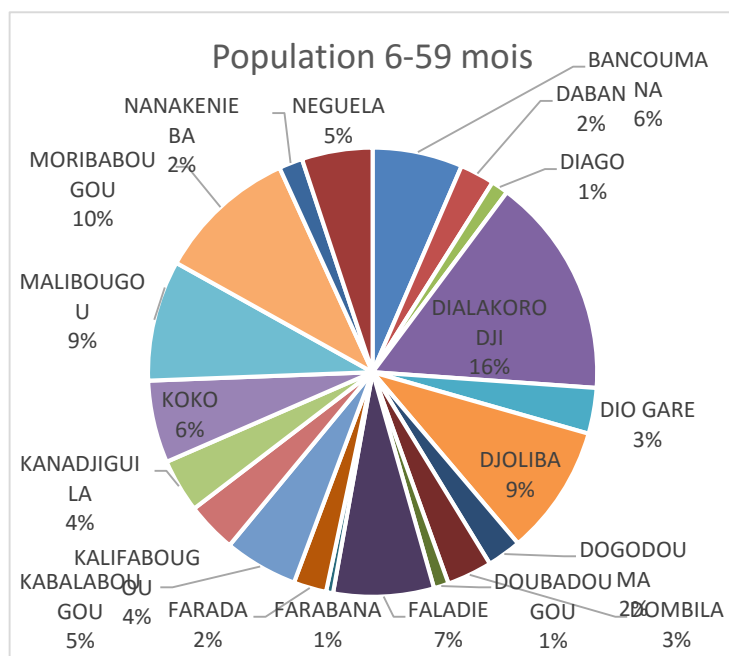
Rapport du nombre de MAS avec et sans complications



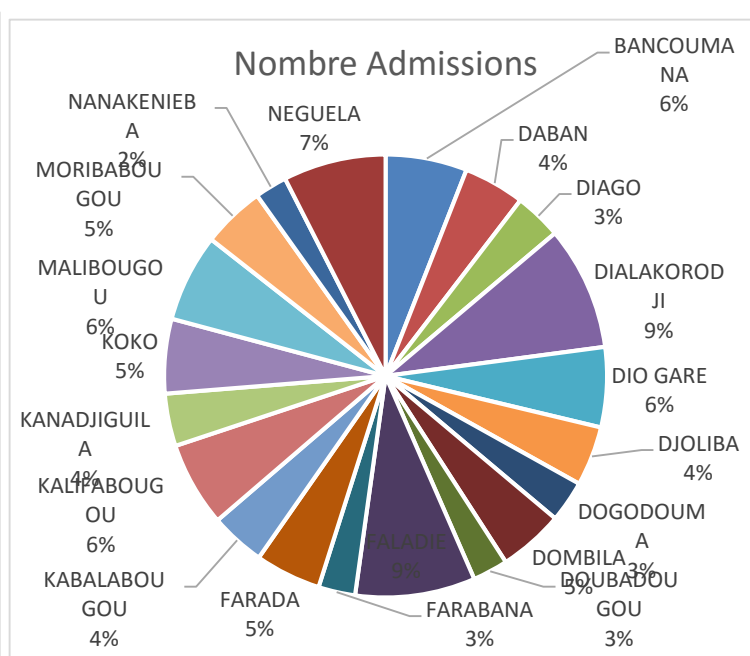
En 2015 La proportion d'enfants MAS admis à l'URENI pour complications médicales s'élève à 22% (pendant la période de pic) contre 18% en 2014 ce qui est aux dessus des recommandations. Ce taux élevé peut s'expliquer par un retard de diagnostic et de prise en charge de la malnutrition souvent du au recours en première intention à d'autres modes de traitement. Il peut aussi s'expliquer par des référencement des Cscm qui ne répondent pas aux critères de référence (par exemple pour un paludisme simple). Il est aussi à noter que dans le protocole national du Mali, tout enfant avec des œdèmes nutritionnels même une croix doit être transféré à l'URENI, ce qui peut aussi augmenter le pourcentage d'enfants MAS en URENI par rapport au total des enfants MAS admis.

Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Graph 4: Proportion de la population par aire de santé



Graph 5: Proportion admissions par aire de santé

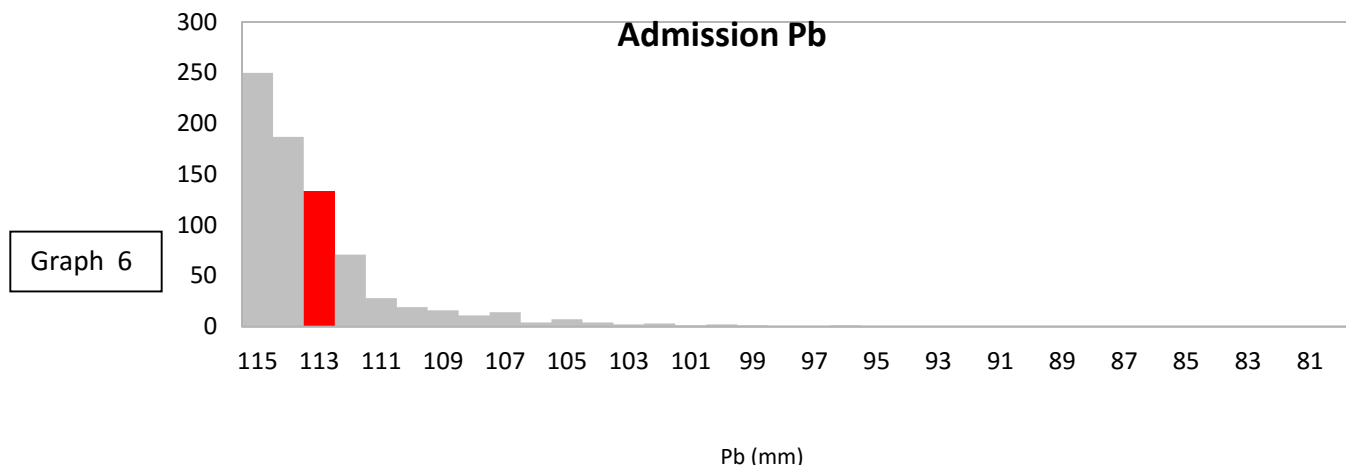


En comparant les proportions de populations des 6-59 mois des aires de santé (figure 4) par rapport au nombre d'enfants admis dans le programme (figure 5), les CScm peuvent être classés en trois catégories (mais cela ne tient pas compte des disparités à l'intérieur d'une même aire de santé) :

- les CScm avec une hypothèse de couverture moyenne (proportion des enfants admis en URENAS/ population des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé dans la moyenne de toutes les aires de santé)
- les CScm avec une hypothèse de couverture faible (proportion des enfants admis en URENAS/ population des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé en dessous de la moyenne de toutes les aires de santé)
- les CScm avec une hypothèse de couverture élevée (proportion des enfants admis en URENAS/ population des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé au-dessus de la moyenne de toutes les aires de santé)

Le tableau 2 (page 24) résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par CScm.

Analyse des PB à l'admission

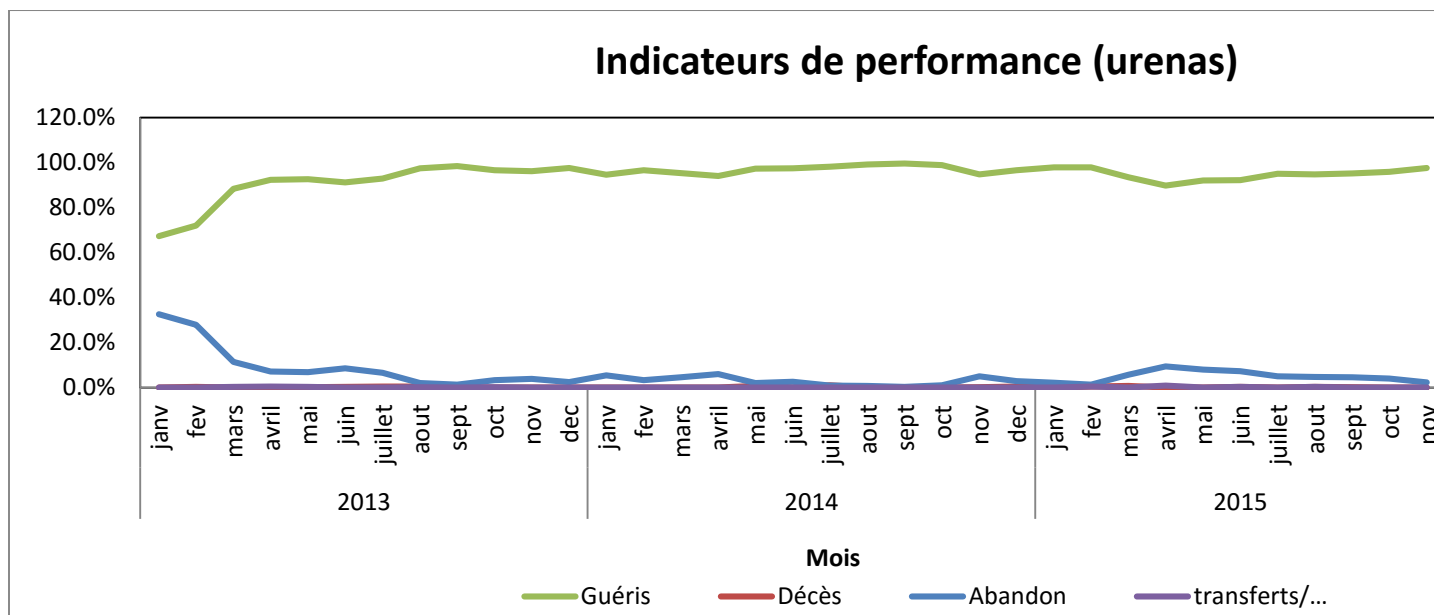


La valeur médiane du PB à l'admission est en hausse avec 113mm, contre 111mm en 2014 : cette progression peut être liée à un nombre plus important d'enfants dépistés dans la communauté (182507 en 2014 contre 278857 en 2015). Cette valeur du PB peut indiquer un niveau moyen de mobilisation communautaire et de dépistage (plus dans les zones rurales par les relais).

Le critère d'admission étant un PB strictement inférieur à 115mm, le calcul de la médiane du PB a été calculé avec tous les PB inférieur à 115mm, cependant les valeurs de PB égales à 115mm ont été précisées dans le graphique à titre informatif. Il est pourtant à signaler que selon le protocole national, les admissions en URENAS se font aussi sur le poids/taille qui reste le critère d'admission de prédilection dans les Cscm et il y a plus d'admissions sur P/T que sur PB dans les URENAS.

L'analyse de la médiane des PB à l'admission par CSCm permet de classer chaque CSCm selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée (plus le PB est proche de 114 et plus la couverture devrait être élevée car cela indique que la détection/référence communautaire se fait à temps, et plus le PB est inférieur à 114, plus la couverture devrait être faible). Une analyse basée sur le PB permet de classer les CSCm en 3 catégories (cf tableau 2, page 24).

Analyse des indicateurs de performance



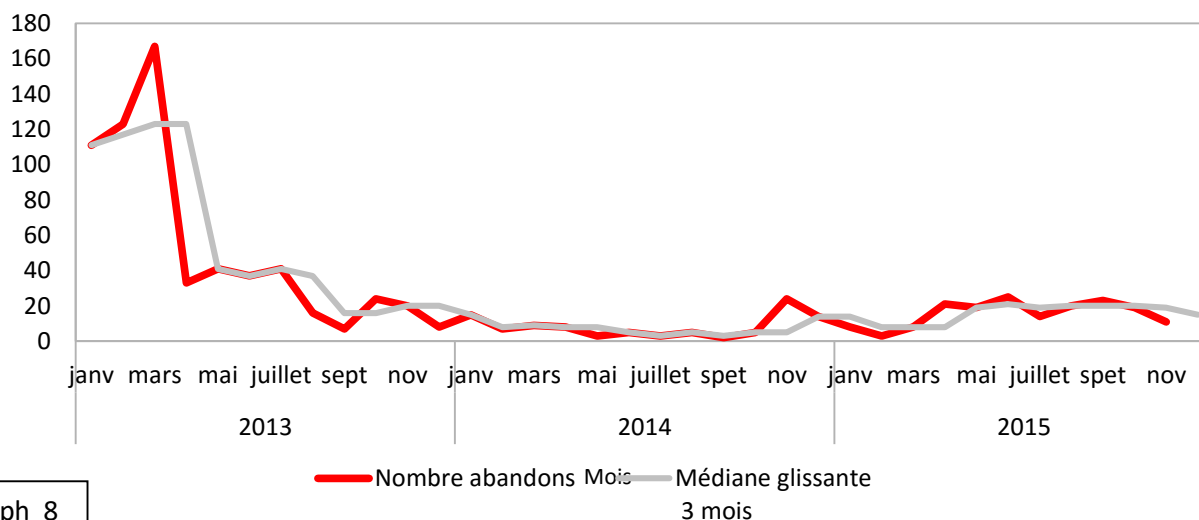
Graph 7

Les indicateurs de performance des URENAS répondent aux valeurs de référence SPHERE standards de 2013 à 2015. Ces taux sont favorables à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet à une meilleure participation et adhésion de la communauté. Un pourcentage important d'abandons a été enregistré en début d'année 2013 en lien avec le démarrage des activités PCIMA dans 35 CSCoM et le manque de suivi des absents du programme. Cette situation s'est rapidement régularisée avec le renforcement des compétences des agents terrain (formation, suivi etc..). ce qui a abouti à des indicateurs de performance plus stables.

Analyse des abandons à l'URENAS

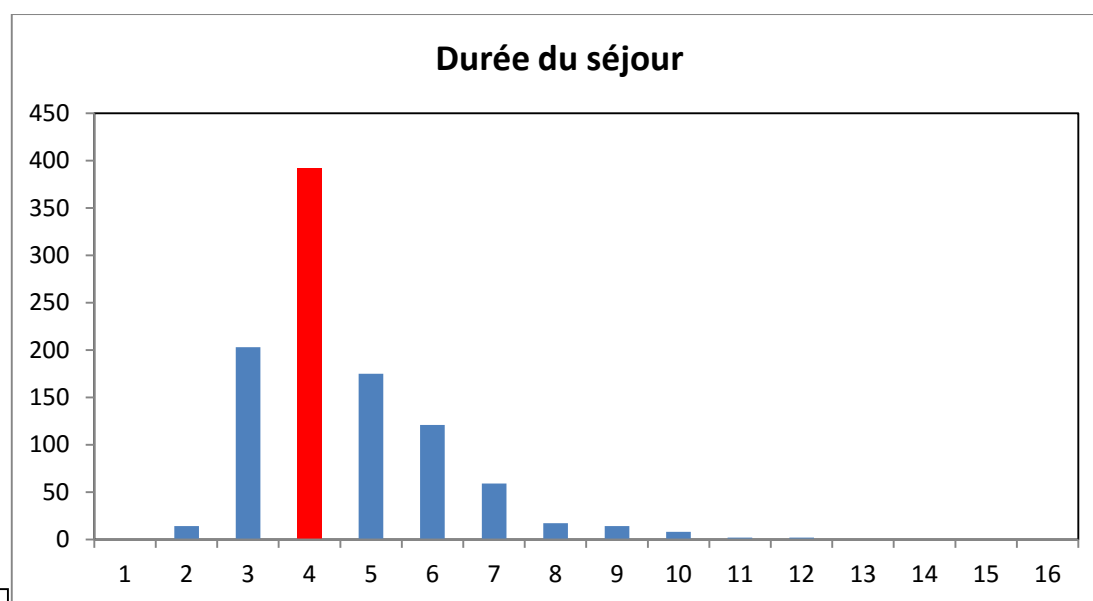
L'évolution du nombre d'abandons à l'URENAS est en lien avec l'amélioration des indicateurs globaux de performance des CSCoM. Le pic d'abandons en début 2013 était en partie lié au démarrage du programme (extension du programme de 6 cscos à 35 cscos pour les activités PCIMA). Dans l'ensemble la courbe des abandons a gardé la même tendance entre 2014 et 2015. Cependant nous constatons une légère augmentation depuis novembre 2014 qui continue jusqu'à novembre 2015 : cela est probablement dû à des insuffisances dans les recherches actives et les visites à domicile. Les principales causes d'abandon mentionnées par les accompagnants sont le manque de disponibilité à cause des travaux champêtres, les périodes de maraîchage, des tâches ménagères etc...

Abandon à travers le temps



Graph 8

Analyse de la durée moyenne de séjour



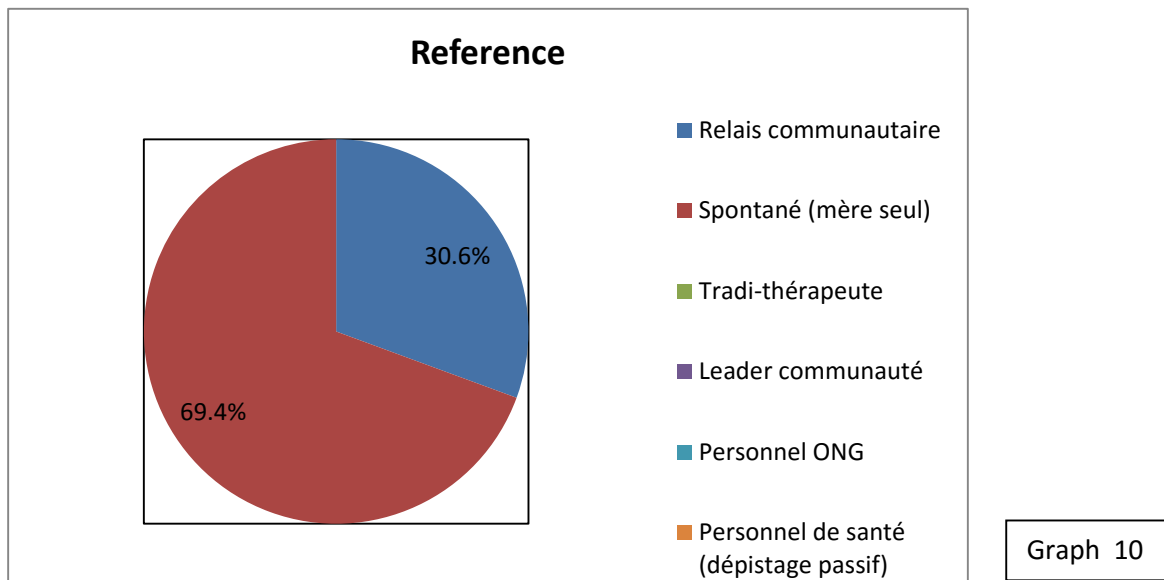
Graph 9

La durée médiane de séjour avant guérison est de 4 semaines en 2015 contre 5 semaines en 2014, et correspond aux recommandations du protocole national de prise en charge (4 à 6 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 7 semaines qui peut être interprété comme un indice de couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut décourager certaines mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères (partage de la ration de PPN) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non répondants).

L'analyse plus approfondie de la durée moyenne de séjour par CSCoM et par rapport à la durée moyenne de séjour recommandée permet de classer les CSCoM selon l'hypothèse que plus la durée de séjour est

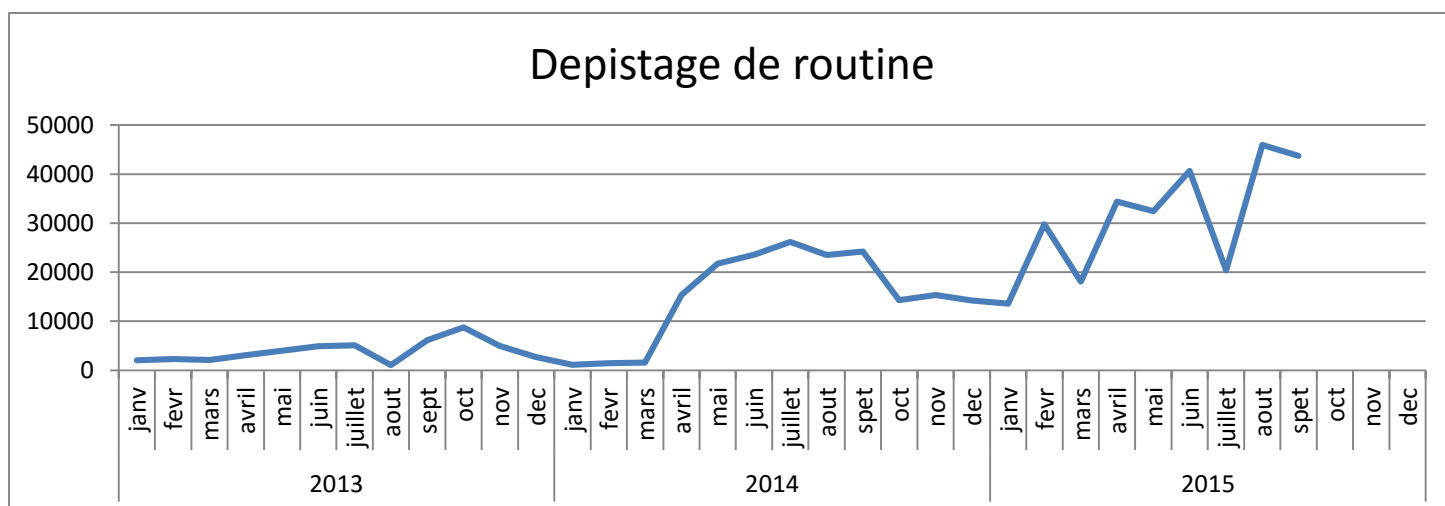
dans les normes et plus les mères adhèrent et resteront dans le programme jusqu'à la guérison. Ceci va également renforcer la confiance des autres mères dans le système de santé. Le tableau 2 (page 24) résume les hypothèses de couverture selon la durée moyenne de séjour avant guérison.

Analyse des types de référencement



Seulement 30.6% des admissions sont référés par les relais ce qui est un indicateur important pour analyser la couverture. Il est à noter que le terme « référence relais » englobe l'ensemble des acteurs communautaires (relais, leaders, tradi-thérapeute). Des « coupons de référencement » ont été mis en œuvre pour pouvoir suivre correctement les résultats de référencement mais avec peu de succès. Le principe de l'utilisation des coupons est le suivant : un numéro unique a été attribué à chaque relai (identifiant). Sur chaque coupon est noté le numéro du relai, la date, la possibilité d'encrer des lettres (R=rouge pour un enfant avec un PB<115mm, J=jaune pour un enfant avec un PB entre 115 et 125mm, O=oedème) et le numéro du référencement. Chaque mère avec un enfant dépisté malnutri reçoit ce coupon qu'elle doit apporter au Cscm. Mais que ce soit la mère qui oublie le coupon, le personnel du Cscm qui ne le demande pas, ou qu'il les perd, peu de ces coupons arrivent au Cscm, d'où des enfants qui sont enregistrés comme admis « spontanés » alors qu'ils sont référés d'où une forte proportion de référence spontanée. L'ampleur du problème est difficile à identifier.

Dépistage par les relais communautaires



Graph 11

Le nombre d'enfants dépistés lors des activités de routine a nettement augmenté depuis 2014 et particulièrement pendant les périodes critiques (pics de malnutrition et pics de maladies infantiles). Cela peut-être un indice d'une amélioration de la couverture avec une mobilisation communautaire plus importante (c.-à-d. les relais sont plus actifs et avec la priorisation des activités pendant les périodes critiques (c.-à-d. en période de pic de malnutrition)).

Ces résultats doivent cependant être interprétés avec précaution car ils sont basés sur les données collectées auprès des relais communautaires (les équipes terrain IRC ayant reporté des disparités entre les données fournies par certains relais et les activités de dépistage réellement réalisées dans les villages).

Suite à ces différentes analyses, voici sur page 20 un récapitulatif par Cscm des hypothèses de couvertures basses ou hautes ou dans la moyenne.

Tableau 2: Tableau récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives

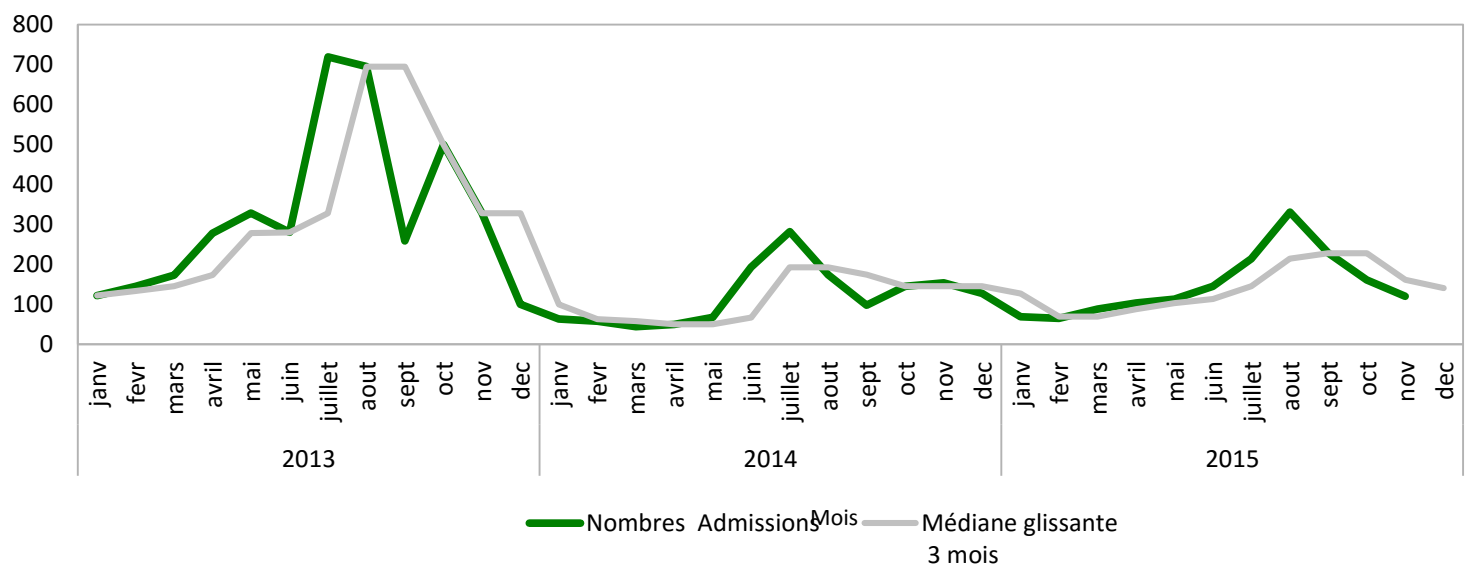
Conclusion	Admission vs population	Médiane PB d'admission	Taux de guérison URENAS	Transfert URENAS vers URENI	Médiane de la durée moyenne de séjour	Dépistage vs population	Existence cabinet privés
BANCOUMANA							
DABAN							
DIALAKORODJI							
DIO GARE							
DIAGO							
DOGODOUMA							
DJOLIBA							
DOMBILA							
DOUBADOUGOU							
FALADIE							
FARADA							
FARABANA							
KABALABOUGOU							
KALIFABOUGOU							
KANADJIGUILA							
KOKO							
MALIBOUGOU							
MORIBABOUGOU							
NANAKENIEBA							
NEGUELA							
N'GABACORO							
NIOUMAMAKANA							
OUIZZINDOUGOU							
SAFO							
SANANFARA							
SANDAMA							
SANGAREBOUGOU							
SIBY							
SONIKEGNY							
TORODO							
YELEKEBOUGOU							

3.1.1.2. DISTRICT SANITAIRE DE KALABANCORO

Evolution du nombre d'admissions en URENAS

Sur les 35 mois de projet, de janvier 2013 à décembre 2015, 7019 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 200 admissions soit une légère baisse de 24 comparativement à la moyenne de 2013 à 2014. Le projet couvre l'intégralité du District (17 CSCom) depuis avril 2013 (de janvier 2013 à avril 2013 seulement 10 CSCom était appuyés par IRC). Des pics d'admissions pouvant atteindre 700 admissions par mois ont été enregistrés durant la période de juillet à octobre 2013 ce qui correspond à la période de soudure, du paludisme et la diarrhée, en 2013 IRC était plus dans l'urgence donc faisait des stratégies avancées avec ces staffs . nous constatons une ressemblance entre les tendances des courbes d'admissions de 2014 et 2015 (la stratégie n'a pas change entre 2014 et 2015) . Ces pics d'admissions correspondent aux tendances nationales en lien avec le calendrier saisonnier (tableau 1). Comme pour Kati la baisse du nombre d'admissions observée à partir de 2013 est sans doute liée à la fin des équipes mobiles dans les villages éloignés des CScom.

Admissions à travers le temps



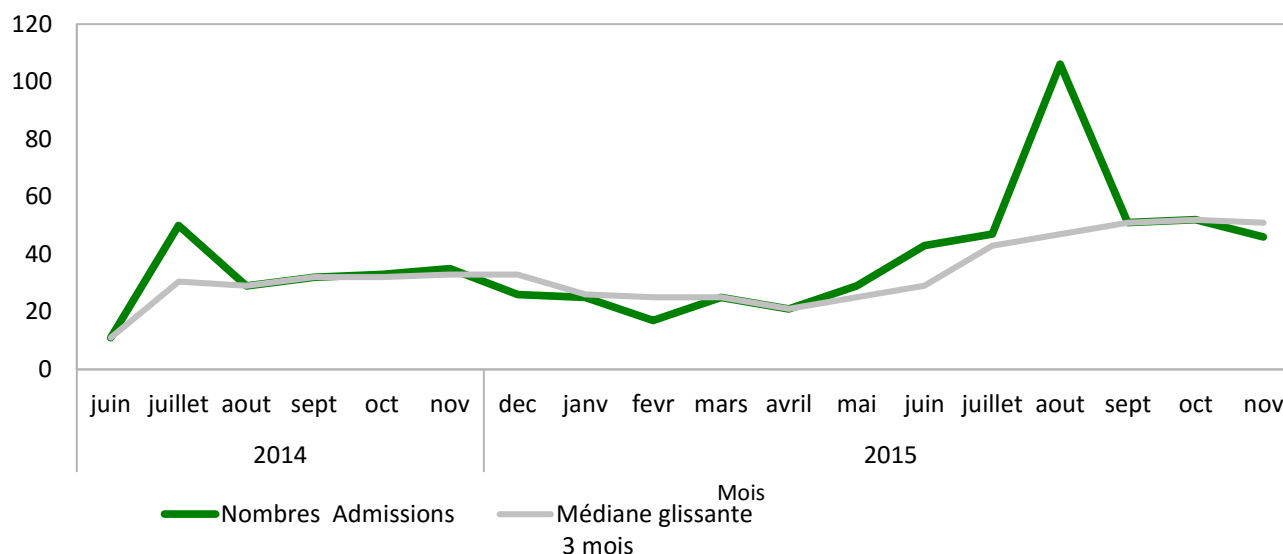
Graph 12

Evolution du nombre d'admissions en URENI

L'URENI de Kalabancoro a ouvert en juin 2014, les cas de MAS avec complications médicales du District de Kalabancoro étant auparavant traités au niveau de l'URENI du CSRef de Kati.

De juin 2014 à novembre 2015, 678 enfants ont été traités à l'ureni de kalabancoro contre 2810 dans les urenas soit 24.1% avec une moyenne de 37 par mois nous constatons les courbes d'admissions à l'urenas et à l'ureni ont la même tendance des pics sont observés généralement après les campagnes de masse et des périodes de maladies infantiles la diarrhée le paludisme

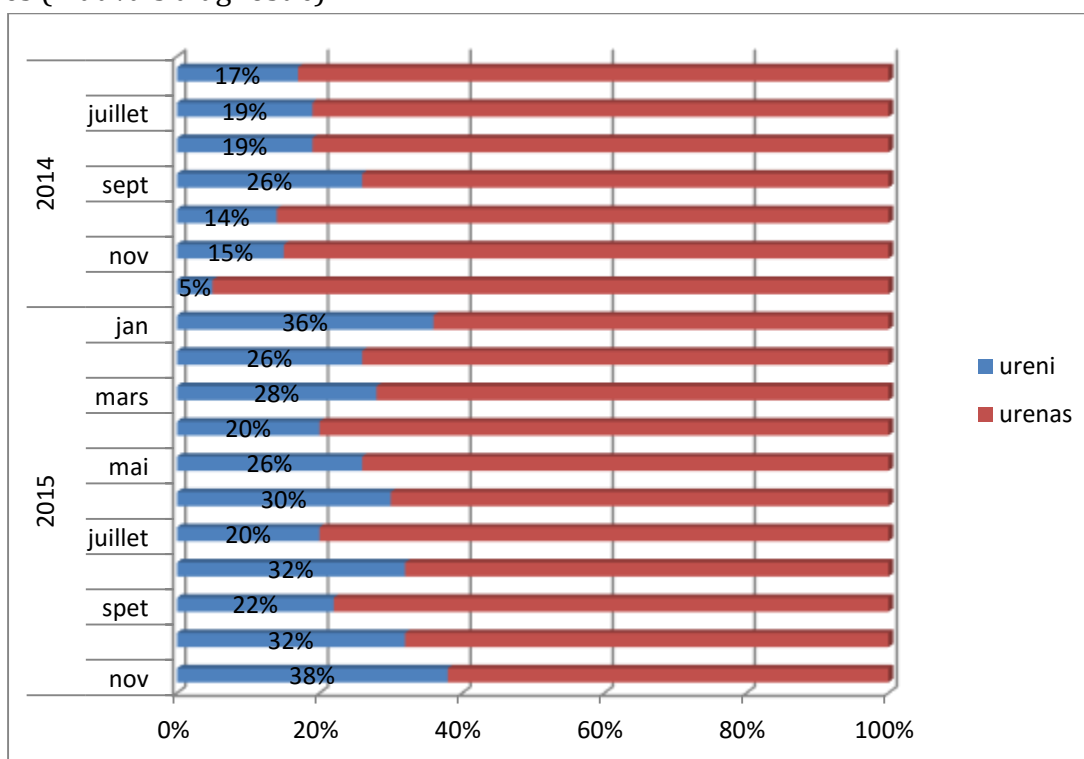
Admissions à travers le temps



Graph 13

Rapport du nombre de MAS avec et sans complications

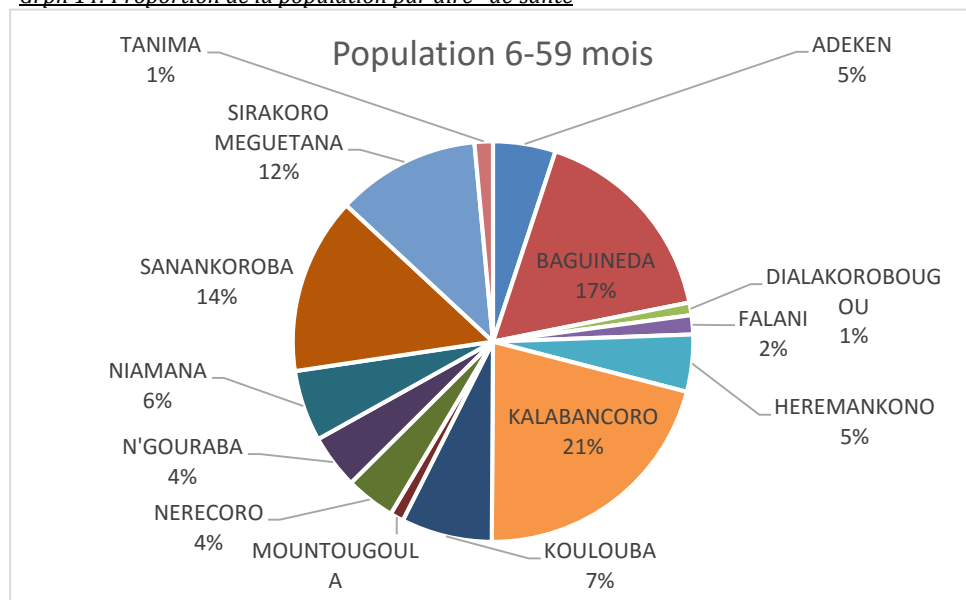
De juin-décembre 2014 la proportion d'enfants MAS admis à l'URENI pour complications médicales s'élève à 18.5% et de janvier-novembre 2015 ce taux est à 28.22%. L'augmentation brutale de la proportion des enfants admis en URENI par rapport à l'URENAS n'est pas documentée mais peut démontrer un aggravation des cas de malnutrition, un retard dans le référencement ou des références non justifiées (mauvais diagnostic)



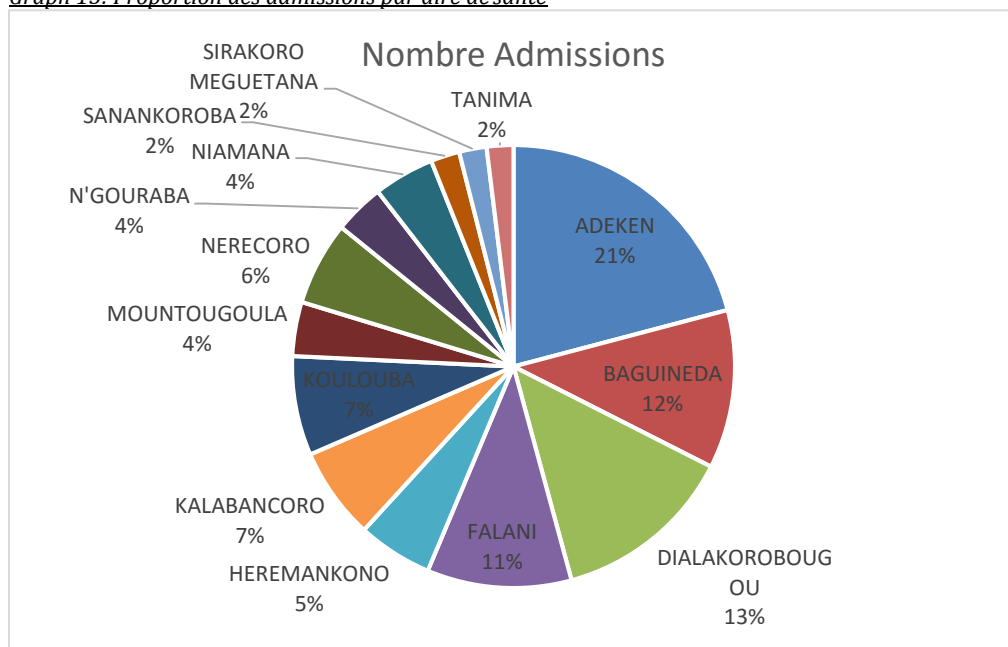
Graph 14

Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Grph 14: Proportion de la population par aire de santé



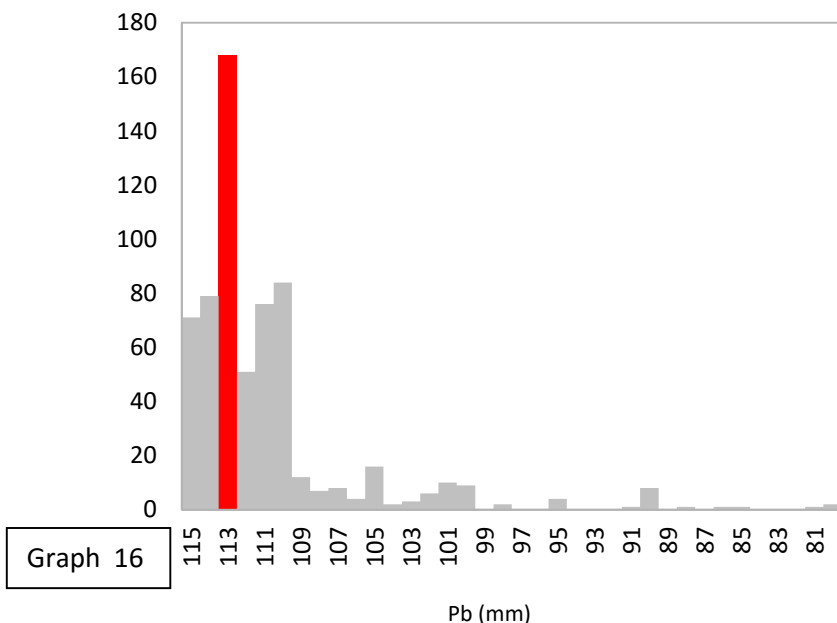
Graph 15: Proportion des admissions par aire de santé



Le tableau 3 (page38) résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par cscom.

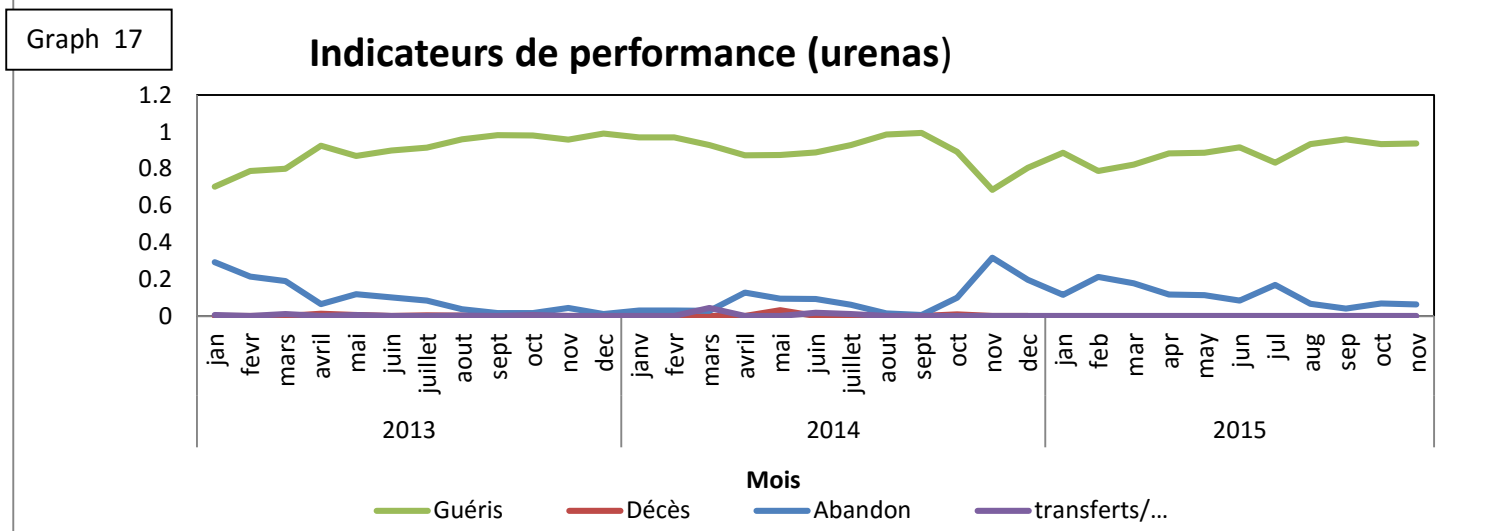
Analyse des PB à l'admission

Admission Pb



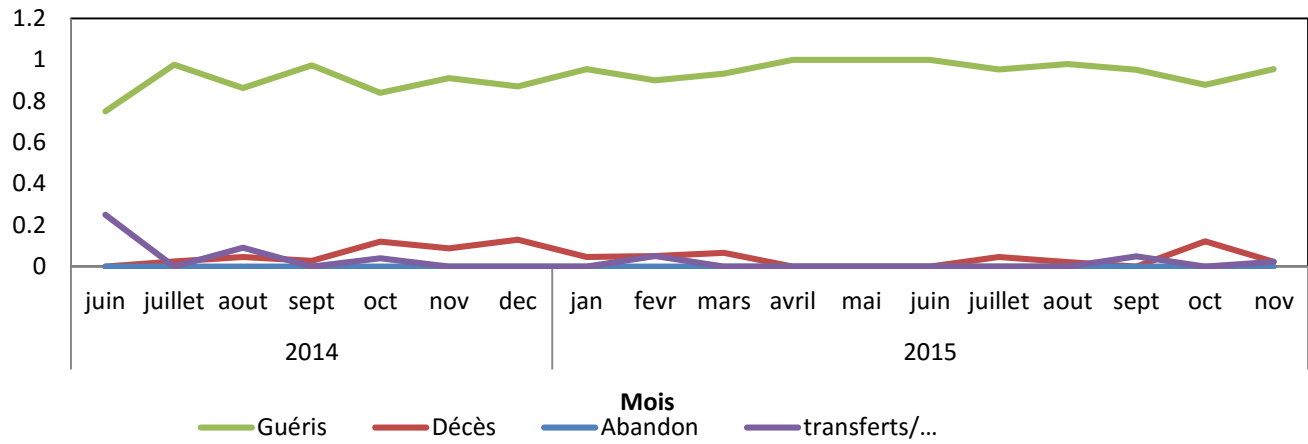
La valeur médiane du PB à l'admission est de 113 mm contre 112 en 2014. Cette légère amélioration peut être due aux différentes campagnes de masse, et à la redynamisation de certains relais communautaires. Elle peut signifier une prise en charge plus précoce des enfants MAS.

Analyse des indicateurs de performance



Graph 18

Indicateurs de performance (ureni)



Les indicateurs de performance des URENAS répondent globalement aux valeurs de référence SPHERE ce qui est favorable à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet, à une meilleure participation et adhésion de la communauté. Cependant, l’augmentation du taux d’abandons pour le dernier trimestre 2014 serait dû à une sous notification des abandons lors des mois précédents et la correction des registres et des fiches cette période.

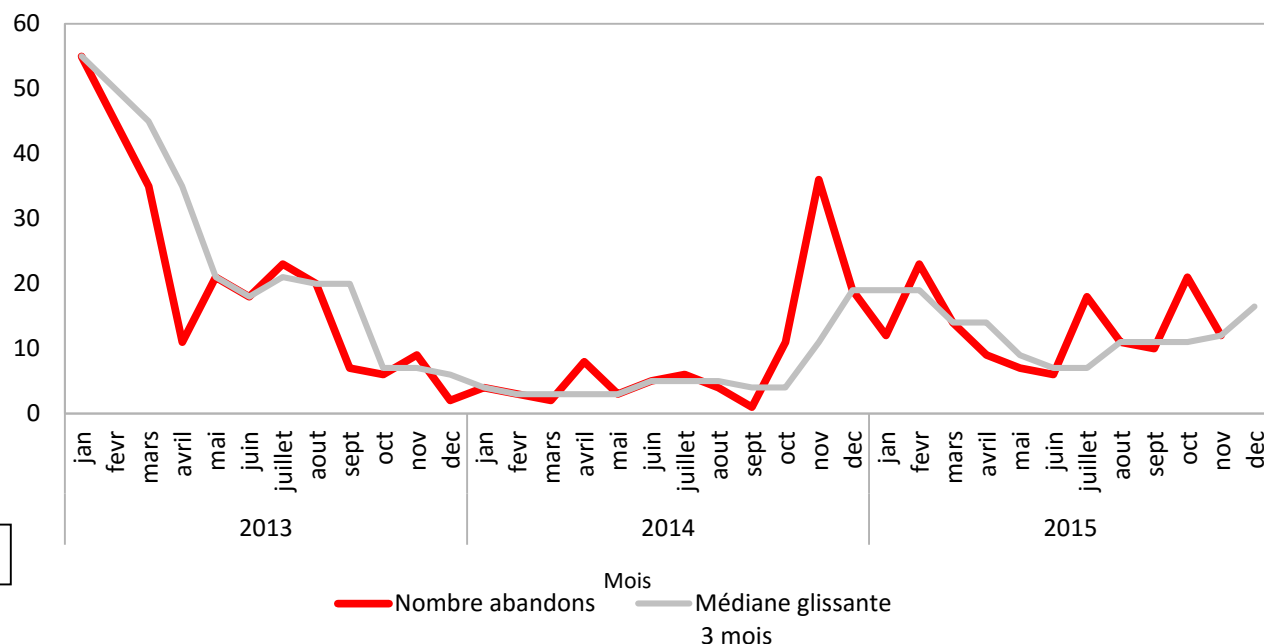
Les indicateurs de performances de l’URENI sont dans les normes SPHERE de juin 2014 à novembre 2015 avec des taux de guérison entre 94.6% et 91.8%, des taux moyens d’abandon de 0.6% et des taux moyen de décès de 4.8%. Ces taux de performance sans doute promeuvent l’adhésion des populations au programme.

La classification des CSCom en trois catégories d’hypothèse de couverture en fonction des résultats des indicateurs de performance est résumée dans le tableau 3.

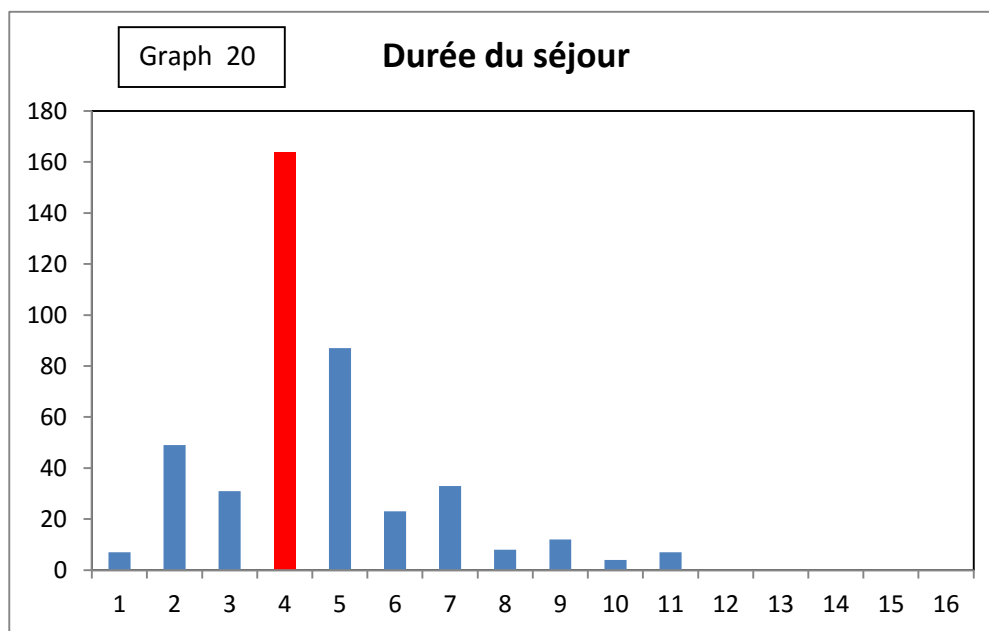
Analyse des abandons à l’URENAS

Les principales causes d’abandons rapportées sont la distance au Cscm (le temps de marche moyen est de 1 heure avant d’arriver au Cscm) et le manque de disponibilité des mères du au volume des tâches ménagères

Abandon à travers le temps



Analyse de la durée moyenne de séjour



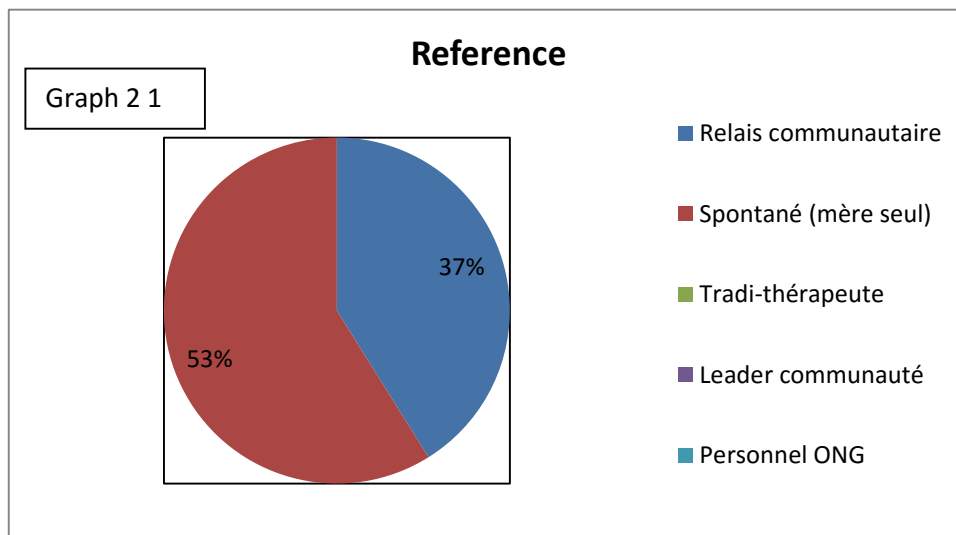
La médiane de la durée moyenne séjour avant guérison est de 4 semaines contre 5 semaines lors de l'enquête précédente. Cette durée est en ligne avec les recommandations du protocole national de prise en charge (4 à 6 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 7 semaines qui peut être interprété comme un facteur favorisant une couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut décourager les mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères

(partage ration) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non répondants).

L'analyse plus approfondie de la durée moyenne de séjour par CSCom et par rapport à la durée moyenne de séjour recommandée permet de classer les CSCom selon l'hypothèse que plus la durée de séjour est courte et plus les mères adhéreront et resteront dans le programme jusqu'à la guérison. Ceci va également renforcer la confiance des autres mères dans le système de santé et pourra agir sur l'itinéraire habituel thérapeutique (automédication, tradi thérapeute, clinique privée, et CSCOM).

Analyse des types de référencement

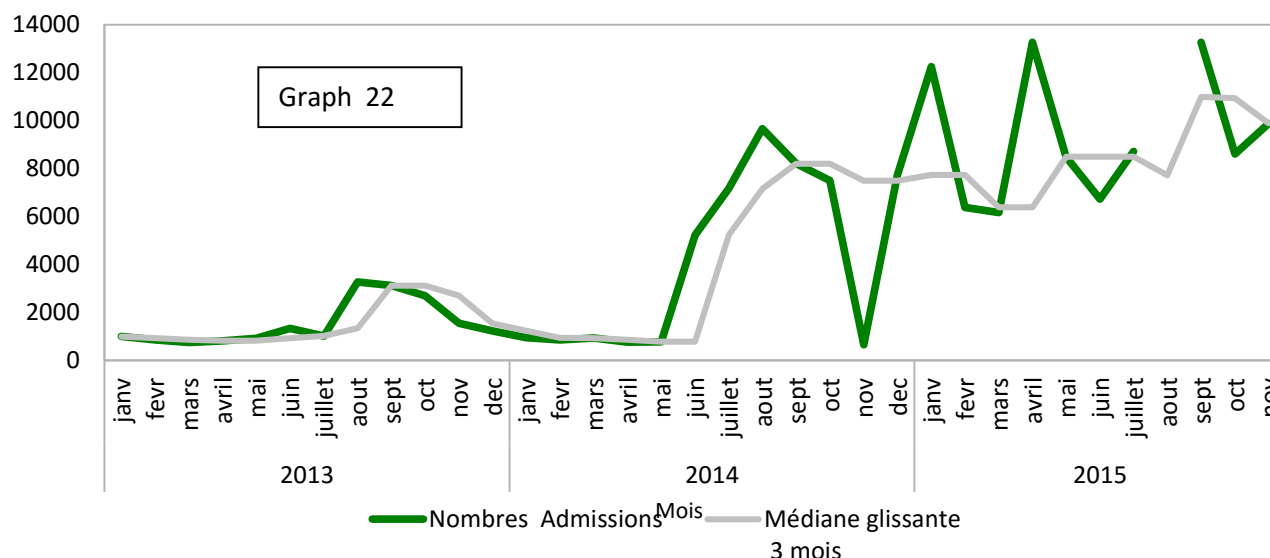
Cette analyse est faite avec les données de 2015 .Seulement 37% des enfants admis dans le programme sont référés par les relais ce qui indique un faible niveau de dépistage communautaire et surtout la non implication des autres acteurs communautaires à faire le dépistage et le référencement.



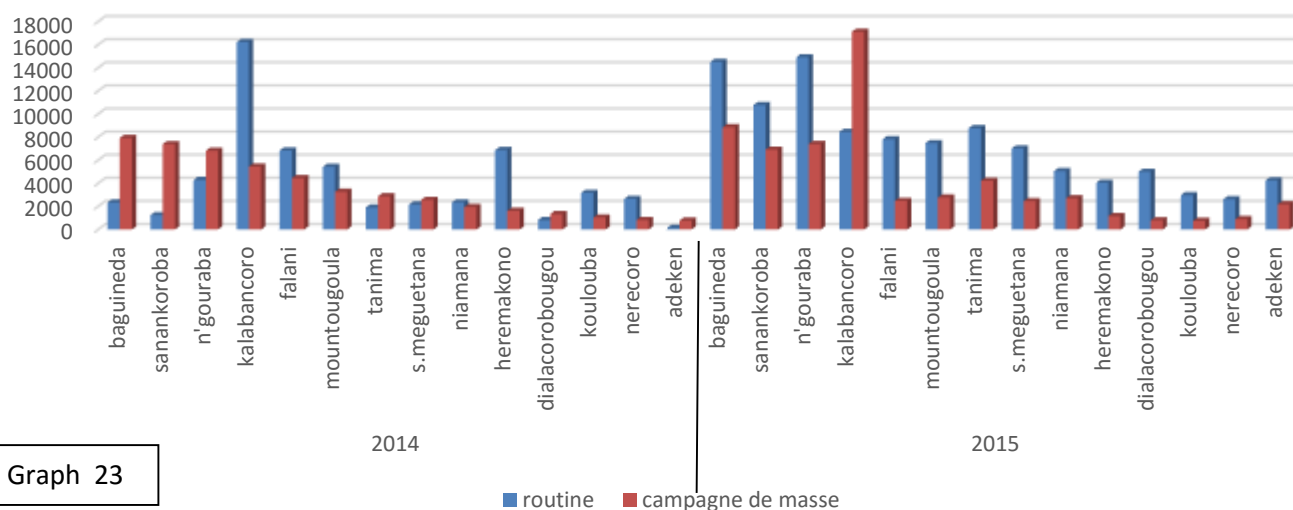
De plus, la faible effectivité des relais dans leur mission première de sensibilisation, dépistage référencement des populations accentue le fait que les enfants malnutris aient recours à d'autres systèmes de soins disponibles (cliniques privées, CHU ect..).

Dépistage par les relais communautaires

Depistage de routine dans le temps



Depistage de routine et campagne de masse



Le nombre d'enfants dépistés aussi bien lors des activités de routine que lors des campagnes de masse a nettement augmenté entre 2014 (50418 actes lors des dépistages de routine) et 2015 (93731 actes lors des dépistages de routine), en lien avec la mise en place d'une des recommandations de la précédente SQUEAC qui suggérait d'intensifier le dépistage communautaire. De plus, le nombre d'enfants dépistés connaît une augmentation durant la période de septembre 2014 à mai 2015, période où il y a moins d'activités rurales d'où des relais communautaires et des mères plus disponibles pour ces dépistages. Ceci peut être un indice d'une amélioration de la couverture à cette période, avec une mobilisation communautaire plus importante (c.-à-d. relais plus actif). Mais il peut paraître dommage que cela ne soit pas constaté au moment du pic de malnutrition c-a-d de juin et septembre.

Ces résultats doivent cependant être pris avec précaution car ils sont dépendants de la qualité du reporting fait par les relais qui ne sont pas systématiquement supervisés durant leur activité de routine.

Conclusion hypothèses de couverture

L'analyse de toutes les données quantitatives est résumée dans le tableau 4.

Tableau 3: Tableau récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives

CSCOM	Admission vs population	PB médian a l'admission	Taux de guérison URENAS	Transfert URENAS vers URENI	Durée médiane de sejour	Dépistage vs population	Existence cabinets privés
ADEKEN							
BAGUINEDA							
DIALAKOROBOUGOU							
FALANI							
HEREMANKONO							
KALABANCORO							
KOULOUBA							
MOUNTOUGOULA							
NERECORO							
NIAMANA							
N'GOURABA							
SANANKOROBA							
SIRAKORO MEGUETANA							
TANIMA							

3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES

Les données qualitatives ont été collectées comme suggérer par la méthodologie SQUEAC à travers des entretiens semi structurés, des focus groupes, des entretiens informels et l'observation sur le terrain.

Différents groupes de populations (7) ont été interrogés afin de pouvoir trianguler l'information :

les accompagnants d'enfants MAS admis dans le programme (URENI et URENAS)

les mères/pères ou grand-mères d'enfants de moins de cinq ans

les relais communautaires

les tradi-thérapeutes ou accoucheuses traditionnelles

les leaders communautaires (chef de village, chef de groupement de femmes, chef de jeunes etc...)

les agents de santé

les autorités locales (chefs de village, conseiller du chef de village, imam, membre des ASACO, autorité communale)

Les guides d'entretiens portaient sur :

- les maladies infantiles, la connaissance de la malnutrition et de ses signes
- le parcours thérapeutique des enfants malades
- la connaissance et l'appréciation du service de prise en charge
- la qualité de la prise en charge
- les activités des relais communautaires
- l'implication des personnes clés
- les barrières à l'accessibilité

mais surtout une partie réservée à l'évaluation des barrières et boosters de 2014

la collecte des données s'est faite pendant 4 jours par 6 équipes (4 à Kati et 2 à Kalabancoro). Chaque équipe était composée de 2 personnes et 3 superviseurs ont assuré le suivi des équipes. Les villages ont été sélectionnés suivant des critères démographiques, de distance du centre, de zone urbaine/rurale, du nombre d'admissions dans les centres. Au cours de ces 4 jours 24 villages ont été sillonnés par les équipes faisant des entretiens individuels des focus groupes et des observations. Les données ont été synthétisées en se basant sur l'outil BBQ - Barrières, Boosters and Questions et recoupées par source. A la fin du troisième jour un état des lieux a été fait pour savoir à quel niveau les équipes en étaient par rapport entretiens individuels et les focus groupes. A la fin des 4 jours de collecte des données qualitatives une synthèse générale a fait ressortir des informations suivantes :

➤ **l'organisation communautaire communication entre les leaders**

la structuration

comme lors de l'enquête 2015 l'existence d'une structuration au niveau des zones rurales mais cette structuration mais cette structuration n'empêche pas un problème de communication entre les différents acteurs (relais, mairie, les chefs de village, les associations, les agents de santé, guérisseurs/tradi thérapeutes ..) et toutes les activités nutritionnelles sont basées uniquement sur le relais seul.

Dans les zones urbaines il y a moins de lien social, les leaders communautaires sont très peu connus et les associations ou coopératives sont plus à but lucratif

Dépistage et sensibilisation communautaire

Cette SQUEAC révèle le même problème de dépistage et de sensibilisation qu'en 2015. La mise en place de certaines recommandations comme des campagnes de masse, la prise en compte de l'aspect urbain dans la stratégie communautaire, l'implication des guérisseurs et tradi-thérapeutes a été effective, mais des insuffisances continuent à être décelées, insuffisances liées principalement à (1) l'inactivité de beaucoup de relais (lors des phases terrain de l'investigation, il a été noté la méconnaissance du PB par certaines mères), (2) le manque de suivi des activités de dépistages menées par les guérisseurs/tradi-thérapeutes et les mères d'enfants MAS formées à l'utilisation du PB et (3) la non implication des cliniques privées.

Occupation des femmes

Tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines l'occupation des femmes est ressortie comme une barrière au traitement.

➤ Connaissance et appréciation du service

Comme en 2015 la malnutrition n'est pas reconnue comme une maladie (les signes ni les causes ne sont pas reconnues) car les activités de sensibilisation et de dépistage ne se font pas suffisamment ou pas efficacement réalisées. Les enfants sont généralement conduits au centre pour des causes comme le paludisme, la diarrhée des IRA et c'est lors de la consultation que la malnutrition chez les enfants est détectée. Une légère amélioration est aperçue grâce à plus d'actes de dépistage en 2015 qu'en 2014, la formation organisée pour les guérisseurs/tradi-thérapeutes et aussi à l'atelier de restitution de la SQUEAC organisé en juin qui a enregistré la présence de plusieurs acteurs communautaires (représentants d'associations, la direction régionale de la santé, le commandant de cercle les élus communaux, des guérisseurs traditionnels, des tradi-thérapeutes..)

Cependant des mères interviewées apprécient le service tant en terme de la qualité de la prise en charge que de temps d'attente et d'accueil au cscm contrairement à l'enquête passée où des mères s'étaient plaintes de l'accueil

Dans l'ensemble les termes utilisés pour désigner la malnutrition sont entre autres

« Sumaya » qui veut dire paludisme,

« Fono Konoboli » qui veut dire diarrhée vomissement

« Subaga bana » en lien avec la sorcellerie

« Balokodesse » qui veut dire manque de nourriture

« Balakodjuna » qui veut dire mauvaise alimentation

« Djolikedesse » qui veut dire manque de sang /anémie

« Founou bana » qui veut dire œdème

« Fassani » qui veut dire malnutrition pour certaines communautés (fassa = nerf)

« Niebana » qui veut dire « carence de vitamine, besoin de protéine, enfant qui n'est jamais rassasié ».

Mais de tous ces mots les plus utilisés sont Balokodesse, Balakodjuna, et Founou Bana

➤ **Qualité de la prise en charge**

Lors des interviews les mères MAS disent ne pas avoir trop duré dans le programme, (ceci grâce à des formations et recyclages des agents de santé (4 formations touchant 90 agents en 2015), des supervisions conjointes plus accentuées en 2015, presque pas de rupture PPN, et l'existence des matériels de prise en charge dans la quasi-totalité des centres). L'analyse des durées moyennes de séjour qui a été réduite au cours de 2015 confirme cette information tant au niveau Urenas qu'au niveau Ureni. Pourtant, les mères reçoivent toujours très peu d'informations venant des agents de santé concernant la maladie de l'enfant ou la durée probable de séjour de l'enfant dans le programme

Il est aussi important de souligner que le dépistage systématique des enfants de moins de 5 ans n'est pas généralisé dans tous les Cscm.

➤ **Le parcours thérapeutique des enfants malades**

L'analyse des informations récoltées sur ce sujet fait encore ressortir deux situations distinctes entre zones rurales ou urbaines :

Dans les zones urbaines : les enfants malades sont d'abord traités avec des médicaments achetés dans une boutique à la pharmacie ou avec des ``vendeuses de médicaments par terre`` (automédication). Des décoctions sont aussi données concomitamment avec tout autre traitement. En deuxième intention, l'enfant malade est amené au Cscm ou dans un cabinet médical/clinique privé, les gens les moins aisés allant en consultation dans les Cscm, les plus aisés préférant les cliniques privées ou le dépistage ne se fait pas malgré les recommandations de l'enquête 2015. Les guérisseurs/radiothérapeutes sont généralement consultés seulement en dernier recours quand les parents ne voient pas d'amélioration.

Dans les zones rurales : Le premier recours reste encore beaucoup les grandes mères qui ont une réputation de savoir traiter les enfants : celles-ci donnent généralement des décoctions ou utilisent le beurre de karité pour faire un massage. Le recours aux grandes-mères n'est pas forcément lié au degré de la maladie de l'enfant mais plus au type de maladie. En effet, il y a encore des croyances que certaines maladies (lorsque par exemple la fontanelle de l'enfant prend du temps avant de se refermer, le paludisme grave...) ne peuvent être traitées au centre de santé d'où le choix de consulter un marabout, un guérisseur ou un tradi-thérapeute. En deuxième intention, lorsqu'un enfant est malade, les parents vont consulter des guérisseurs/tradi-thérapeutes (personnes considérées comme ayant un don). Généralement, ils proposent aux mères l'utilisation de feuilles ou d'écorces de plante. Le traitement dure en moyenne 3 semaines. Les prix des consultations varient entre 100 et 300fcfa, ce qui reste abordable pour la plupart des familles. Les feuilles et les écorces coûtent quant à elles en moyenne 150fcfa le tas. Certaines femmes consultent aussi des marabouts ou des féticheurs pour savoir les causes de la maladie

de leurs enfants.

Sans surprise, ces schémas thérapeutiques n'ont pas changé comparativement à l'enquête de 2015. Les tableaux suivants font apparaître les barrières de 2015 et celles de 2016 :

BARRIERE KATI & KALBANCORO 2015		BARRIERES DISTRICTS KATI & KALABANCORO 2016	
Accès aux soins	Le recours à la médecine traditionnelle ou l'achat de médicaments retarde l'identification précoce de cas de malnutrition ce qui impacte par conséquent sur la prise en charge et la réponse au traitement • Recours à l'automédication en première intention (tisanes/médicaments) • Recours aux tradi-thérapeutes en deuxième intention La distance couplée au manque de moyens de transport constituent des obstacles à la prise en charge et au suivi des enfants Le dépistage communautaire est insuffisant et ne permet pas d'identifier précocement les cas de malnutrition. Les tâches et travail des mères impactent sur le suivi régulier des enfants	manque d'appropriation / implication des leaders	les leaders communautaires comme les imams, les chefs de village et les représentants de jeunes ne sont pas impliqués ni informés
		insuffisance du dépistage/de sensibilisation/ suivi de cas	Le dépistage reste insuffisant (certaines mères n'ont jamais vu de PB)
			Il y a peu ou même très peu de sensibilisation au niveau communautaire
Information/ sensibilisation	La méconnaissance de la malnutrition par les communautés (la malnutrition n'est pas considérée comme une maladie) ainsi que la confusion entre les symptômes malnutrition/paludisme expliquent en partie les itinéraires thérapeutiques longs avant l'arrivée au CSCOM La méconnaissance du programme de PCIMA par les communautés indique des insuffisances dans la diffusion des messages et le dépistage par les relais particulièrement en zones rurales	Rupture d'intrant MAM	des ruptures fréquentes des intrants MAM peuvent augmenter les rechutes, mais aussi découragent les mères d'enfants MAS de venir au CSCOM si il y a confusion entre une rupture d'intrants MAM ou SAM ce qui influence négativement le programme
		qualité du service	lors de la prise en charge, les mères ne sont pas informées sur le fonctionnement du service et sur le traitement.
Prise en charge	Les ruptures fréquentes de Plumpy'Nut impactent sur le suivi des enfants malnutris et augmentent le taux de rechute ce qui induit la « démotivation » de la communauté. En effet, le Plumpy'Nut et le Plumpy'Nut ont la même appellation dans la communauté « Tikadèkèni » (pâte d'arachide). Par conséquent, l'annonce d'une rupture de Plumpy'Nut dans la communauté peut être assimilée à une rupture du Plumpy'Nut (motif d'absence de suivi). Le partage du Plumpy'Nut à la maison avec les autres enfants du foyer indiquent une mauvaise application du protocole national et un retard dans la guérison.		le dépistage n'est pas systématique et la prise en charge ne se fait pas tous les jours
			l'activité de dépistage ne se fait pas au niveau des cliniques privées
		occupation des mères/ temps pour aller au CSCOM	les occupations ménagères, les responsabilités familiales (surtout pendant la période hivernale) et les activités génératrices de revenus empêchent les mères de suivre le traitement complètement étant donné la non implication des hommes

En plus de ces principales barrières, d'autres barrières ont été citées comme : la démotivation des relais, le manque de moyen financier, refus du PPN par l'enfant

3.3. ETAPE 3 : Estimation de la couverture

3.3.1. Estimation de la probabilité à priori

Vu la similarité socioéconomique entre les deux districts , les barrières et boosters des deux districts ont été identifiés et pondérés avec l'ensemble des enquêteurs en tenant compte de leur récurrence dans les entretiens de l'étape 1 et des réponses des mères . Les résultats du BBQ pondérés se retrouvent dans le tableau ci présenté :

Tableau 4 : Pondération des barrières des deux Districts Kati&Kalabancoro

Barrières	Notes
Médecine traditionnelle	3
Distance/temps jusqu'au CScom	4
Méconnaissance des causes et signes de la malnutrition	3.5
Partage du PPN	2
Rupture de PPS	4
La non-implication des maris/leaders/Asaco	2.5
Méconnaissance du MUAC, PPN service PECIMA	3
Tâches ménagères importantes/vente de produit maraichers	2
Absence de sensibilisation dans les villages	4
Charge importante de travail des relais/nombre insuffisant	2
activité PCIMA pas journalière	2.5
auto médication	3
pas de visibilité des relais	3.7
faible communication entre les leaders	2
arrêt de distribution des kits	1.8
insuffisance au niveau des canaux de communication	2
ASACO n'organise pas de réunion de gestion au sein du bureau	2
pas de relation entre les guérisseurs et les Cscom	4
structures privées consultes avec le Cscom	3
Pas d'entraide communautaire	2
TOTAL	56.0

Tableau 5: Pondération des Boosters des deux Districts Kati&Kalabancoro

BOOSTERS	Notes
Connaissance du PPN	4.5
Appréciation du service/bonne perception	6
la détermination des mères	4
information du service PCIMA/relais	4
Connaissance du programme par la communauté	7
Bon accueil	4
Sensibilisation au CSCom	3
Connaissance de la gratuité	6
Pas de stigmatisation	4.5
Reduction de la mortalité infantile	4
réduction des dépenses familiales	2
Acceptance de la référence vers l'uren	4
Disponibilité des intrants	4
Suivi /recherche des abandons et absences par IRC	2.7
existence de matériels de prise en charge	4
Recyclage et formation des relais	3.5
connaissance du MUAC	1.5
TOTAL	68.7

La moyenne des barrières et des boosters a été utilisée pour calculer la probabilité à priori.

$$\text{Prior Kati} = \frac{(\text{barrières Kati} + \text{boosters Kati})}{2}$$

Avec :

$$\text{Barrières} = 100 - 56 = 44 \%$$

$$\text{Boosters} = 0 + 68.7 = 68.7\%$$

$$\text{Prior Kati} = \frac{(44 + 68.7)}{2}$$

$$\text{Soit Prior Kati} = 56.3\%$$

Ce qui correspond aux valeurs de $\alpha = 20.1$ et $\beta = 13.4$ selon le guide FANTA.

Les valeurs de α et β ont été introduites dans la calculatrice de Bayes avec une précision de 10%. La taille d'échantillon suggérée était de 54 pour la construction de l'évidence vraisemblable

3.3.2. Evidence vraisemblable

Selon la taille d'échantillon suggérée par la calculatrice de Bayes (54), la population moyenne par village (2,062), la proportion des 6-59mois (19.5%) et la prévalence de la MAS dans la région = 2.4), l'échantillon minimal de village à enquêter est de : 5 villages

$$N_{\text{village}} = \frac{n}{(\text{Population moyenne}) * (\text{enfants de 6-59mois}/100) * (\text{prévalence MAS}/100)}$$

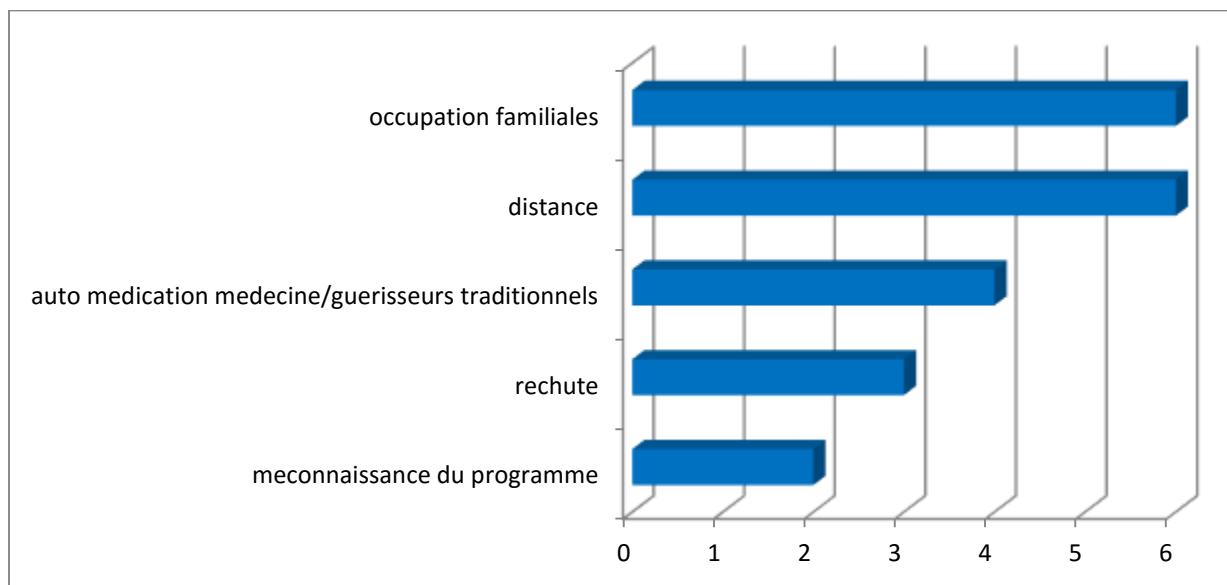
Avec :

- n = 54,
- Population moyenne des villages = 2062
- Proportion des enfants = 19.5%
- Prevalence MAS 2014 = 2.4 (1.6 - 3.5)

Soit une valeur de N=5 pour avoir les 54 MAS.

Le nombre de villages à visiter a été remonté à 30 (car nous sommes dans la période où il y a peu de cas de malnutrition). Les villages ont été choisis selon la méthodologie de pas en utilisant une liste complète des villages des deux districts

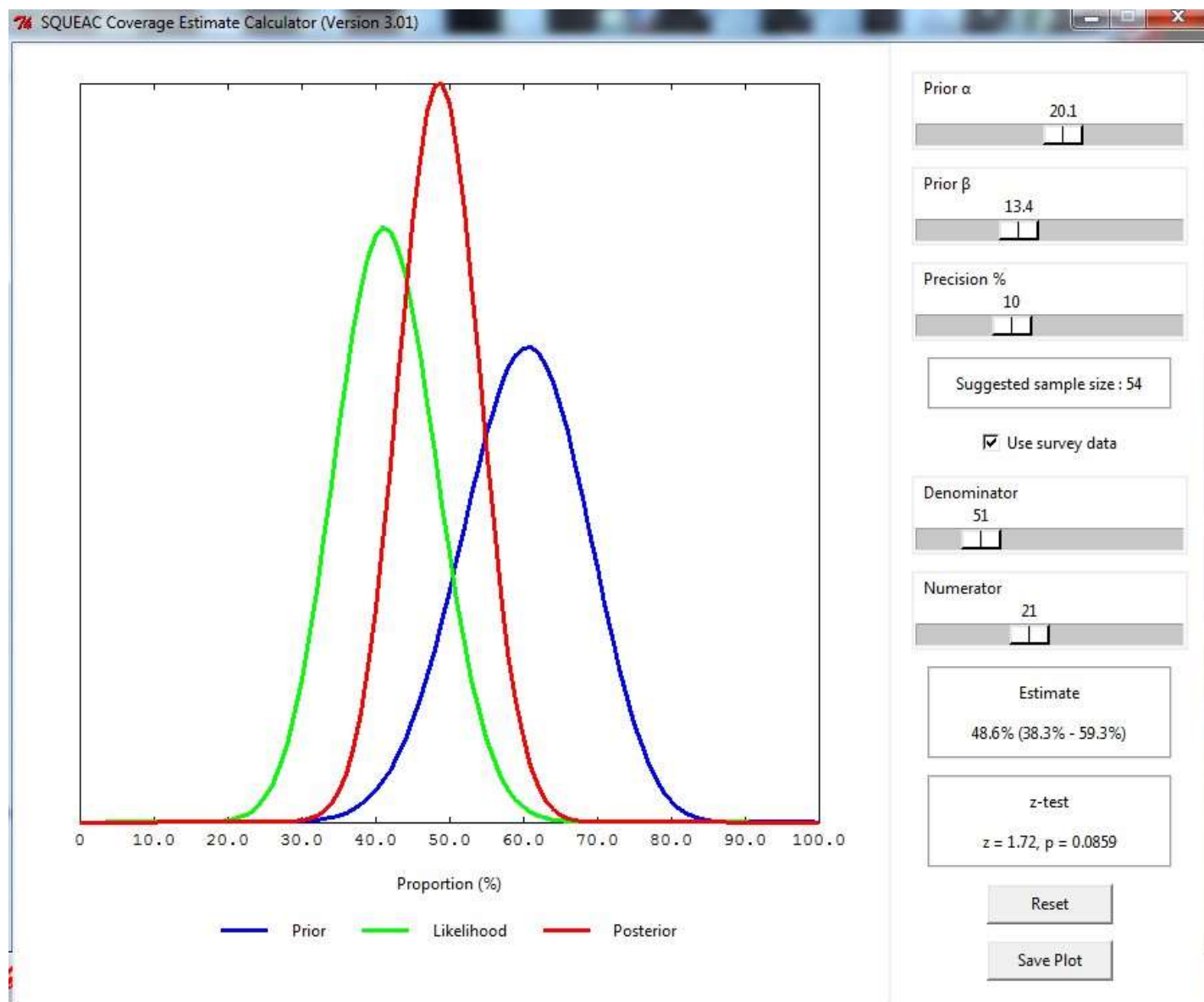
Au total 51 MAS ont été trouvés et 21 étaient couverts, 30 non couverts et 24 en voie de guérison. Les raisons de non couverture des cas MAS sont principalement liées aux occupations des mères que ce soit au sein du foyer ou dans les champs et sont résumées ci-dessous :



3.3.3. Probabilité a priori : estimation de la couverture

Les données de la Probabilité à Priori et les données de l'enquête (Évidence Vraisemblable) ont été introduites dans la calculatrice de Bayes qui a donné une couverture actuelle estimée à **48.6%** [38.1% - 59.1%] avec IC de 95%.

Graph 24 : La courbe du Prior, de l'évidence vraisemblable et de la probabilité à postérieure



DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

Après l'investigation SQUEAC de 2015 des recommandations avaient été faites : certaines ont été mises en application et d'autres non (cf tableau ci-dessous) :

Secteurs	Activités	Responsables	realisee
Mobilisation communautaire	Elaboration de stratégies communautaires en prenant en compte l'aspect rural et urbain	IRC+ District+développement social+représentants de la communauté	non fait
Sensibilisation & information	Atelier d'information sur la PCIMA avec l'ensemble des acteurs concernés pour renforcer le partage d'information	IRC+ASACO+District+FELASCOM+CAFO+DRS	Fait en aout
	Identification et sensibilisation des personnes influentes/groupements (hommes et femmes) dans la communauté	IRC+District+leaders communautaires	non fait
	Elaboration d'outils pour la diffusion des messages clé sur le programme destinés a différents public	IRC+leaders communautaires	non fait
	Evaluation des possibilités de diffusion de message au niveau des radios locales	IRC+District+ Mairies	Debut en janvier 2016
	Intensifier les sensibilisations lors de tout regroupement de population (jours de marché, réunions communautaires ect...),	IRC+ASACO+ acteurs communautaire (groupe ANJE, relais , groupement, imams ect...)+CSCo+District	Pour toute la durée du projet
	Mise en place d'un cadre d'échange communautaire (assises communautaires) pour renforcer la communication et l'implication avec la communauté dans la sensibilisation	IRC+leaders communautaires+ASACO+ District	Pour l'instant nous faisons des réunions avec tous les relais
Implication des autres acteurs de la santé	Identifier les différents acteurs qui pourront être cibles pendant le projet	IRC+ District+FENATH+ leaders	Fait (sept-oct 2015)

Secteurs	Activités	Responsables	realisee
(tradi-therapeutes, agent de santé des cabinets privés, personnels des centres de santé secondaire)		communautaires+ciini ques privées+ ASACO	
	Organiser un cadre de discussion regroupant l'ensemble des acteurs de la sante+autorités administratives et coutumières	IRC+District	Fait (nov 2015)
	Former et suivre les autres acteurs de santé (traditherapeutes, agents des cabinets privés et les personnels des centre de santé secondaires) sur la malnutrition et les doter de MUAC et de coupons pour le dépistage et le référencement	IRC+FENATH+District +Promoteurs cliniques privées	Formation faite Nov 2015
Prise en charge des cas de malnutrition	Initier et documenter (projet pilote) la prise en charge de la malnutrition dans certains centres secondaires (maternités rurales)	IRC+District	Fait aout 2015
	Faire le plaidoyer pour la décentralisation de la prise en charge dans les centres secondaires	IRC + District +DN/DNS	La DRS encourage l'initiative
Dépistage	Formation sur l'utilisation du PB et distribution élargie de PB pour les mères d'enfants guéris, leaders, associations des femmes.	IRC+District	Débuté a l'ureni
	Coupler en systématique le dépistage aux activités de vaccination (stratégie avancée, campagne de vaccination)	IRC+ District + DRS	fait
	Réorganiser les campagnes de dépistage de masse (plus grande participation) pour un meilleur ciblage des enfants en milieu urbain	IRC+District+ASACO	Fait

Suite à cette investigation SQUEAC de suivi, on constate que les barrières restent majoritairement communautaires. On peut donc faire les recommandations suivantes :

Réorienter la mobilisation communautaire ce qui permettrait de prendre en charge les enfants malnutris très tôt

Les enquêtes qualitatives nous ont permis de mieux comprendre la structuration de certaines communautés interviewées : Les populations sont regroupées au sein des associations de femmes, jeunes hommes) qui peuvent être un moyen de diffusion de message et peuvent aussi être une alternative aux relais communautaires pour faire des dépistages.

Il est donc recommandé de :

- Identifier des ``personnes ressources`` (en plus des relais communautaires,) pouvant faire du dépistage et de la sensibilisation, voir même la recherche active des abandons. Surtout faire des suivis et formations in sites des guérisseurs et tradi-thérapeutes formes
- Pendant l'hospitalisation des enfants à l'URENI, former les mères volontaires à l'utilisation du PB.
- Amener les groupes ANJE à faire des sensibilisations sur la malnutrition et du dépistage
- Faire des campagnes de masse basées sur le calendrier saisonnier et celui des événements et des maladies un peu à l'image des campagnes de vaccination (faire le ratissage de la zone en faisant du porte à porte)
- Continuer la formation de guérisseurs/tradi-thérapeutes pour qu'ils puissent dépister et référer les enfants malnutris
- Appuyer les ASACO pour qu'ils organisent des Assemblées générales dans les villages au cours desquelles les barrières à l'accès aux soins seraient discutées pour aboutir à des solutions participatives
- Renforcer la capacité des agents des Cskom sur la communication avec les mères MAS
- Renforcer la collecte et l'analyse des données liées aux activités de dépistage/référencement/sensibilisation de ces différents acteurs afin d'évaluer leurs résultats et donc la pertinence de telles approches.

Soutenir des initiatives pour la déconcentration de la prise en charge de la malnutrition

La distance et le manque de moyens de locomotion sont des freins à l'accès aux soins. Des approches afin de faciliter l'accès aux soins dans les zones les plus reculées doivent être envisagées afin de garantir un meilleur accès et suivi de la prise en charge. Certaines approches sont déjà mises en place (comme la prise en charge dans des maternités rurales, ou à travers des stratégies avancées lors de vaccination) et doivent être développées. On pourrait aussi envisager (dans des cas bien étudiés pour que toutes les mères ne demandent pas à bénéficier de cette mesure ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge) de donner une double ration à des mères qui doivent marcher plus 1 heure pour venir au Cskom.

D'autres alternatives à la prise en charge en Cskom pourraient aussi être envisagées, comme le traitement des enfants MAS dans les communautés (la prise en charge serait basée seulement sur le PB)

Annexe 1 : Liste des participants à l'enquête

	NOMS & PRENOMS	POSTE/ORGANISATION	RESPONSABILITE DURANT L'ENQUETE
1	MOHAMED EL MOCTAR	MANAGER KATI	SUPERVISEUR
2	AMINATA KONE	MANAGER KALABANCORO	SUPERVISEUR
3	DIARRA FATOUMATA	POINT FOCAL NUTRITION KATI	SUPERVISEUR
4	ISSIAKA TRAORE	DATA MANGER	SUPERVIEUR
5	SADA OUATTARA	INFIRMIER SUPERVISEUR	ENQUETEUR
6	DRISSA DAGNON	AMINATEUR COMMUNAUTAIRE	ENQUETEUR
7	SOULEYMANE BERTHE	INFIRMIER SUPERVISEUR	ENQUETEUR
8	SALAMA DIALLO	INFIRMIERE SUPERVISEUR	ENQUEUTRICE
9	ADAMA TRAORE	INFIRMIER SUPERVISEUR	ENQUETEUR
10	SEKOU BAKARY SACKO	REPRESENTANT DEVELOPPEMENT SOCIAL	ENQUETEUR
11	IBRAHIMA SIBY	ANIMATEUR COMMUNAUTAIRE	ENQUETEUR
12	KINSA SIDIBE	ENQUETRICE	ENQUETRICE
13	AISSATA SIDIBE	ENQUETRICE	ENQUETRICE
14	IBRAHIM HAMCIRE SIDIBE	ENQUETEUR	ENQUETEUR
15	SYLVIE DAKOUO	ENQUETRICE	ENQUETRICE
16	YAYA BOUARE	INFIRMIER SUPERVISEUR	ENQUETEUR

Annexe 2 : Collectes de données via les téléphones (système MAGPI)

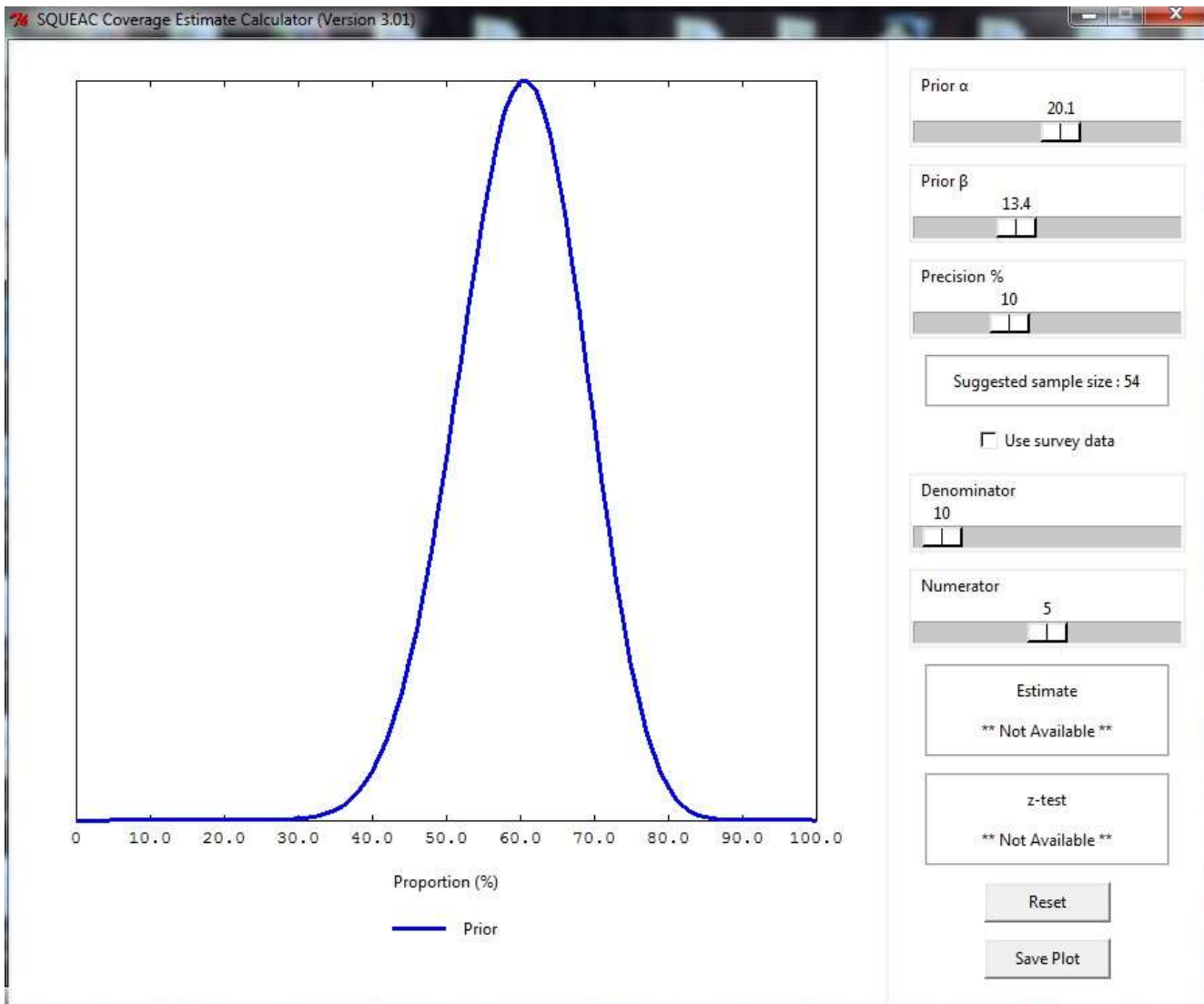
Le système MAGPI est un système de transmission des données en utilisant des téléphones smart et le logiciel MAGPI. Depuis un certains temps IRC utilise ce système de transmission des données pour faciliter la remontée des données. Son usage facile permet de raccourcir le temps habituellement nécessaire pour collecter et envoyer les données comparativement au mode classique (format papier).

De plus, le logiciel permet de prendre le GPS chaque fois qu'on le désire et pouvoir faire un mapping des activités menées.

Lors de cette enquête IRC a utilisé ce système de collecte des données afin de :

- Réduire le temps de prise de note sur le terrain (outils facile d'usage)
- Eviter toute perte de données (tout est sauvegardé dans le téléphone)
- Annuler la phase de saisie des données (les données étant extraite tous les soirs dans un format Excel) = gain de temps
- Garantir davantage la fiabilité des données (pas d'erreur de recopiage)
- Garantir la présence de l'enquêteur sur le site (prise des données GPS)

Annexe 3 : Prior 2016 Kati&Kalabancoro



Barrières

- ☐ Peu de Sensibilisation niveau COMM_{1,2}
- ☐ Traitement Traditionnel / Moderne
- ☐ Causes de la Malnutrition non Connues_{1,2}
- ☐ Mères non Encouragées / soutenues₁
- ☐ Peu de dépistage dans le village₁
- ☐ Non connaissance du MCH_{1,2,3}
- ☐ Faible implication des Agents CSOM₁
- ☐ Cible de malnutrition non Connue_{1,2,3}
- ☐ Réfus de Référence_{1,2,3,4}
- ☐ Signes de la malnutrition non Connus_{1,2,3}
- ☐ Rupture lino de la PPA_{1,2}
- ☐ Distance / CSOM_{1,2,3}
- ☐ Discrimination des Malnutris_{1,2,3}
- ☐ Pouvoir de décision des Mères faibles₁
- ☐ Moyen Economique Précaire_{1,2,3}
- ☐ Manque de temps / travail domo / champ_{1,2}
- ☐ Pas une Maladie Comme les autres_{1,2,3}



Insuffisance d'information sur les manifestations
maladies infantiles. J₁

Méconnaissance de PCT/M (La signature de bénéficiaire
est insuffisante) J₄

Faible taux de sensibilisation J₁

Faible couverture du service PCT/M J₁

Insuffisance de dépistage J₁ J₂

Faible motivation des Relais/Nations J₁ J₂

Insuffisance de canaux de communication J₁ J₂

Présence de quelques changements J₁

Démarrage tardif des activités - PCT/M en Co

Péris de prendre les PCT/M (Sa entraîne les malades)

Difficulté de déplacement vers le cdt. J₁ J₂