



NOM DU PROGRAMME :

EMPLACEMENT : Pout, Sénégal

DATE DE L'ENQUÊTE : 29 Octobre au 14 Novembre 2015

AUTEUR(S) : Maguette F Beye, El Hadj Malick Diakhaté, Ndeye Maty Fall

TYPE D'ENQUÊTE : SQUEAC

TYPE DE PROGRAMME : OTP for SAM

ORGANISATION DE MISE EN OEUVRE : Helen Keller International



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

OBJECTIFS

INTRODUCTION

CONTEXTE

PROCESSUS D’ENQUÊTE / RESULTATS

étape 1

étape 2

étape 3

DISCUSSION et RECOMMANDATIONS

ANNEXE 1 : L’ÉQUIPE D’ÉVALUATION

ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME

ANNEXE 3 : LISTE MOTS WOLOFS

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES QUALITATIFS

REMERCIEMENTS

Coverage Monitoring Network (CMN) et Helen Keller International (HKI) dressent leurs remerciements à toutes personnes qui ont rendu possible cette évaluation SQUEAC dans le district sanitaire (DS) de Pout, aux autorités administratives et sanitaires dans la région, à l’équipe cadre du district et aux personnels des formations sanitaires ainsi qu’aux habitants des quartiers/villages visités pour leur collaboration et leur hospitalité.

En particulier, nous adressons nos reconnaissances et notre satisfaction à l’endroit de toute l’équipe de PROMIS pour sa très bonne implication, son objectivité et sa motivation dans la conduite de cette investigation.

Merci aussi à l’équipe CMAM de HKI-AFRO, Cette investigation n’aurait pas été possible sans le travail exceptionnel et l’engagement de toutes les personnes impliquées.

ABBREVIATIONS

ARPV	Association des Relais Polyvalents
PS	Poste de Santé
CS	Centre de Santé de référence
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OMS	Organisation Mondial de la santé
HKI	Helen Keller International
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PB	Périmètre Brachial
PECMA	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë
PECMAM	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Modérée
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SLEAC	Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage
FARNE	Foyer d’Apprentissage et de Récupération Nutritionnel et Eveil pour les MAM
UREN	Unité de Récupération et d’Education Nutritionnelle pour les MAS
CREN	Centre de Récupération et d’Education Nutritionnelle pour les MAS avec Complication
VAD	Visite à Domicile
CMU	Couverture Maladie Universel

RESUME

Helen Keller International a démarré depuis 2014 un programme d'appui à la prévention de la malnutrition aiguë les enfants de 0 à 59 mois et plus particulièrement ceux de 0 à 2 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes dans le district sanitaire de Pout, région de Thiès, Sénégal. Le programme couvre les 8 postes de santé que compte le district.

Cette investigation SQUEAC a permis d'évaluer l'impact du programme et les barrières et défis qui demeurent

Le taux de couverture unique¹ est de **50,6 % (95% IC $\approx$ 40,0%-61,2%)**. Ce taux se situe au niveau du standard SPHERE (50%) en milieu rural. La couverture est hétérogène avec des zones de couvertures faibles notamment pour les villages situées à plus de 10km d'un poste de santé ou qui n'ont pas de case de santé. Cette investigation est la première du genre réalisée dans le district et a permis de mettre en évidence les barrières à l'accès et la participation au programme et d'élaborer un plan d'action pour améliorer l'accès aux soins.

Les principales barrières relevées sont :

- Distance/Eloignement/Enclavement
- Manque de moyens (transport), Difficultés d'accès aux soins
- Occupation des mères/Manque de temps
- Manque de connaissance PECMA

Les principales recommandations de l'enquête portent sur :

- Elaboration du programme et suivi
- Sensibilisation des hommes/grand mère par les membres des groupes de soutien
- Distribution élargie de MUAC et orientation : groupe de soutien, Mères d'enfants guéris sur les techniques du dépistage de la malnutrition
- la redynamisation des mutuelles de santé
- Renforcer la sensibilisation sur la CMU
- L'intégration des outils SQUEAC (qualitatifs et quantitatifs) dans les activités de routines en vue d'ajuster le programme à la réalité du terrain, d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'assurer l'efficacité des activités

¹ L'indicateur de couverture unique a été développé en 2015. Le CMN recommande de l'utiliser en lieu et place de la couverture actuelle et de la couverture période car il prend en considération tous les cas pas possibles pour un MAS : couvert/non couvert/ envoi de guérison / spontanément guéri. <http://www.coverage-monitoring.org/2015/05/18/single-coverage-estimator/>

Objectif général

Evaluer la couverture du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et identifier les barrières à l'accès aux soins chez les enfants de 6 à 59 mois dans le district de Pout, sur la base d'une *Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC en anglais).

Objectifs spécifiques

1. Fournir une formation au personnel de HKI et ses partenaires sur la méthodologie SQUEAC
2. Estimer la classification globale de la couverture dans les zones cibles identifiées du programme
3. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans les différentes zones d'intervention
4. Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère en fonction des informations recueillies auprès des mères/accompagnants des enfants souffrant de malnutrition sévère identifiés pendant l'enquête et qui ne sont pas inscrits dans le programme
5. Émettre des recommandations en fonction des résultats de l'évaluation pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
6. Assurer un briefing pour le personnel du programme pour discuter et comparer les différents niveaux de couverture à travers la zone d'intervention du programme
7. Rédiger un rapport qui présente les résultats de l'évaluation et qui prend en compte les différences relevées.

CONTEXTE

Le district de Pout est une zone rurale, connu pour son dynamisme dans la production et le commerce de produits agricoles, plus particulièrement les fruits et légumes. C'est une zone maraîchère et fruitière où l'on produit notamment des mangues, des mandarines et des oranges.

Le district couvre une population de 108.211 habitants.

Initialement, cette localité était peuplée de Sérères qui se sont installés avant l'époque coloniale et qui sont toujours majoritaire dans la zone. Le district sanitaire de Pout est constitué de quatre (4) collectivités locales dont celle de la commune de Cayar, Keur Moussa, Diender et Pout.

Le climat est de type sahélien avec une courte saison de pluie de 3 mois de juillet à septembre.

Le district comprend un centre de sante, 10 postes de sante et centre privé catholique.

La prise en charge ambulatoire des MAS sans complication (UREN) se fait dans l'ensemble de ces structures. La prise en charge des MAS avec complications (CREN) ne se fait pas dans le district. Les cas sont référés vers l'hôpital régional de Thiès située à 10 km de Pout.

Malgré l'existence de ces structures sanitaires, les populations restent confrontées à des difficultés concernant la prise en charge de la malnutrition.

Face à cette situation le projet de prévention et de prise de la malnutrition (PROMIS) a été mis en place en 2014. Le projet couvre les 11 UREN et 23 sites de nutrition.

METHODOLOGIE

L'outil d'*Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC) a été développé par Valid International, FANTA, Brixton Health, Concern Worldwide et World Vision pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture des programmes de nutrition.

SQUEAC est une évaluation « semi-quantitative » combinant deux types de données :

- données quantitatives (données de routine et données collectées au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones)
- données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté et des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

La méthodologie SQUEAC se compose de trois étapes principales dont le détail se trouve dans le guide FANTA².

² Myatt, Mark et al. 2012. Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) / l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC). Washington, DC : FHI 360/FANTA.

PROCESSUS D'ENQUÊTE

ÉTAPE 1

DONNÉES QUANTITATIVES :

Analyse de traitement de la carte : Lors du recueil des données des étapes 1 et 2, les registres UREN/enfant malade des 10 postes et centre de santé du district de Pout, ont été vérifiés pour juger de la qualité de leur remplissage. Si le remplissage était bien effectué dans l'ensemble (rapport poids taille correct et ration de ATPE donnée selon les normes du protocole..), quelques insuffisances ont été relevées. Elles concernaient :

- Le suivi des abandons et des absences n'est pas toujours renseigné avec le risque de sous-estimer les abandons
- Certains critères de sorties non notifiés (abandons, référence vers CREN, décès :.....) sur le registre
- De nombreuses valeurs sont arrondies dans la prise des mesures anthropométrique, ce qui peut mettre en doute la qualité des mesures surtout le pb.
- Certaines fiches de stock étaient manquantes, ce qui pose le problème de l'archivage et de la gestion des stocks de l'ATPE.

Les données concernant le CREN n'ont pas été analysées le CREN ne se trouvant pas dans le district.

Tendances en termes d'admission :

De Janvier 2014 à Novembre 2015, 322 admissions ont été comptabilisées pour l'ensemble des postes avec une moyenne de 14 admissions mensuelles avec des pics dépassant parfois les 25 admissions par mois. Ces pics sont souvent liés aux pics de maladies infantiles qui surviennent en (Juillet-Septembre). Les pics auraient peut-être pu être plus importants car la saison des pluies entraîne une dégradation des routes rendant l'accès des structures sanitaires difficile et les travaux champêtres rendent les mères moins disponibles pour se rendre dans les postes de santé.

L'observation de l'évaluation des admissions sur 2 ans (**Error! Reference source not found.**) montre que les admissions suivent un schéma régulier c'est à dire un pic d'admission saisonnier durant certaine période de l'année.

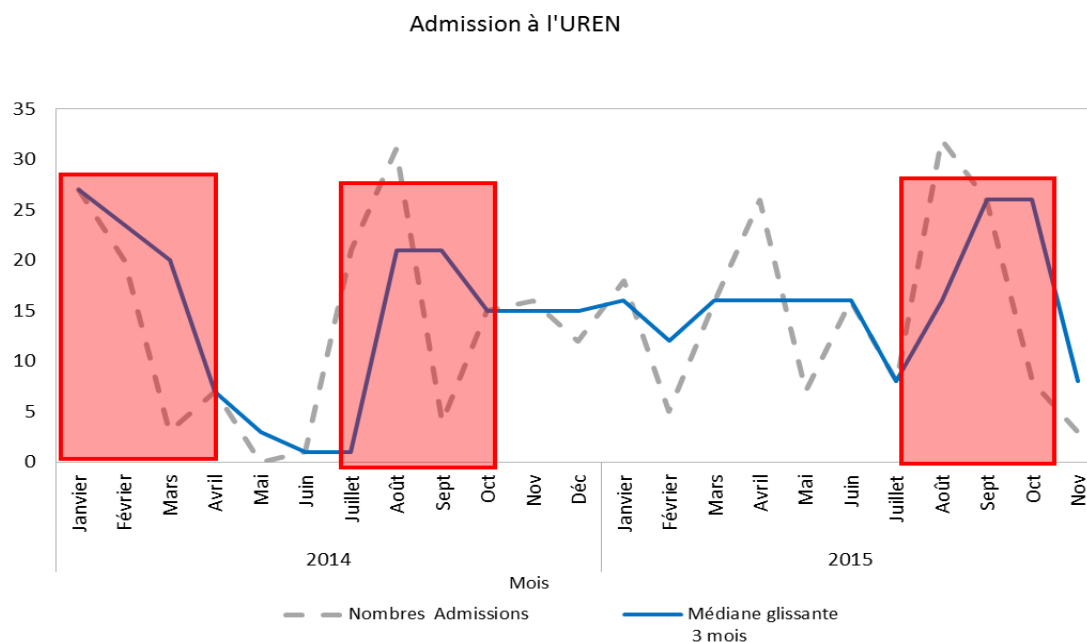


Figure 1: Evolution des admissions aux UREN

Population vs Admission:

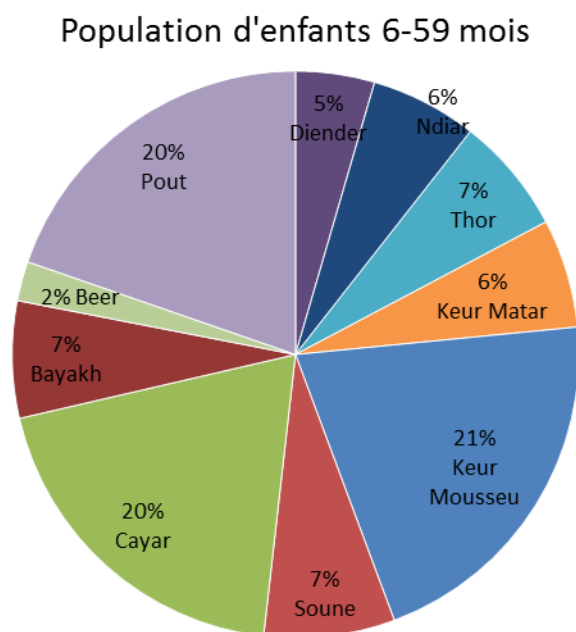


Figure 3: Proportion des 6-59 mois par poste

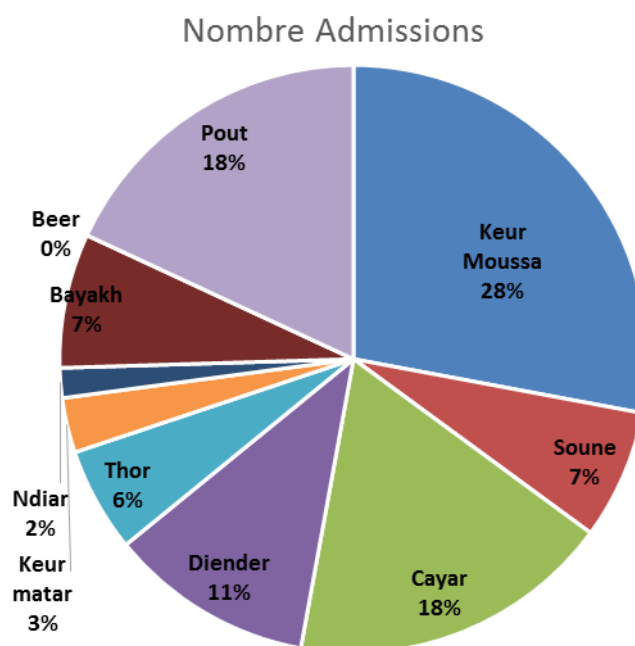


Figure 2: Proportion du nombre d'admission par poste

En comparant les proportions de populations de 6-59 mois des aires sanitaires (Figure 3) et le nombre d'enfants dépistés (Figure 2), on peut classer les Postes et centre de santé en trois catégories:

- les postes dont la proportion de 6-59 mois est équivalente à celle des enfants admis en UREN, on peut y faire une hypothèse de couverture moyenne.
- les postes qui ont reçu « moins » d'enfants admis que ce qui est attendu, vue le poids démographique de l'aire sanitaire pour lesquels on peut faire une hypothèse de couverture faible.
- les postes qui ont reçu « plus » d'admissions qu'attendu, pour lesquelles on peut faire une hypothèse de couverture élevée.

Le Tableau 2 résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admission et les hypothèses de couverture par poste.

Evolution des indicateurs de performances :

Les indicateurs de performances sont largement au-dessus des normes Sphère depuis 2014 (4) excepté le pic de décès observé en mai 2015. On observe cependant quelques pics du taux d'abandon en avril et Juillet 2014 qui correspondent à la période de préparation des champs et à la période hivernale.

Ces bons indicateurs témoignent en faveur d'une bonne couverture. Une analyse plus fine a été réalisée par poste pour permettre une classification en trois catégories selon leurs performances. Les postes ayant les meilleurs indicateurs ayant potentiellement une couverture plus élevée. Les résultats sont résumés dans le Tableau 1.

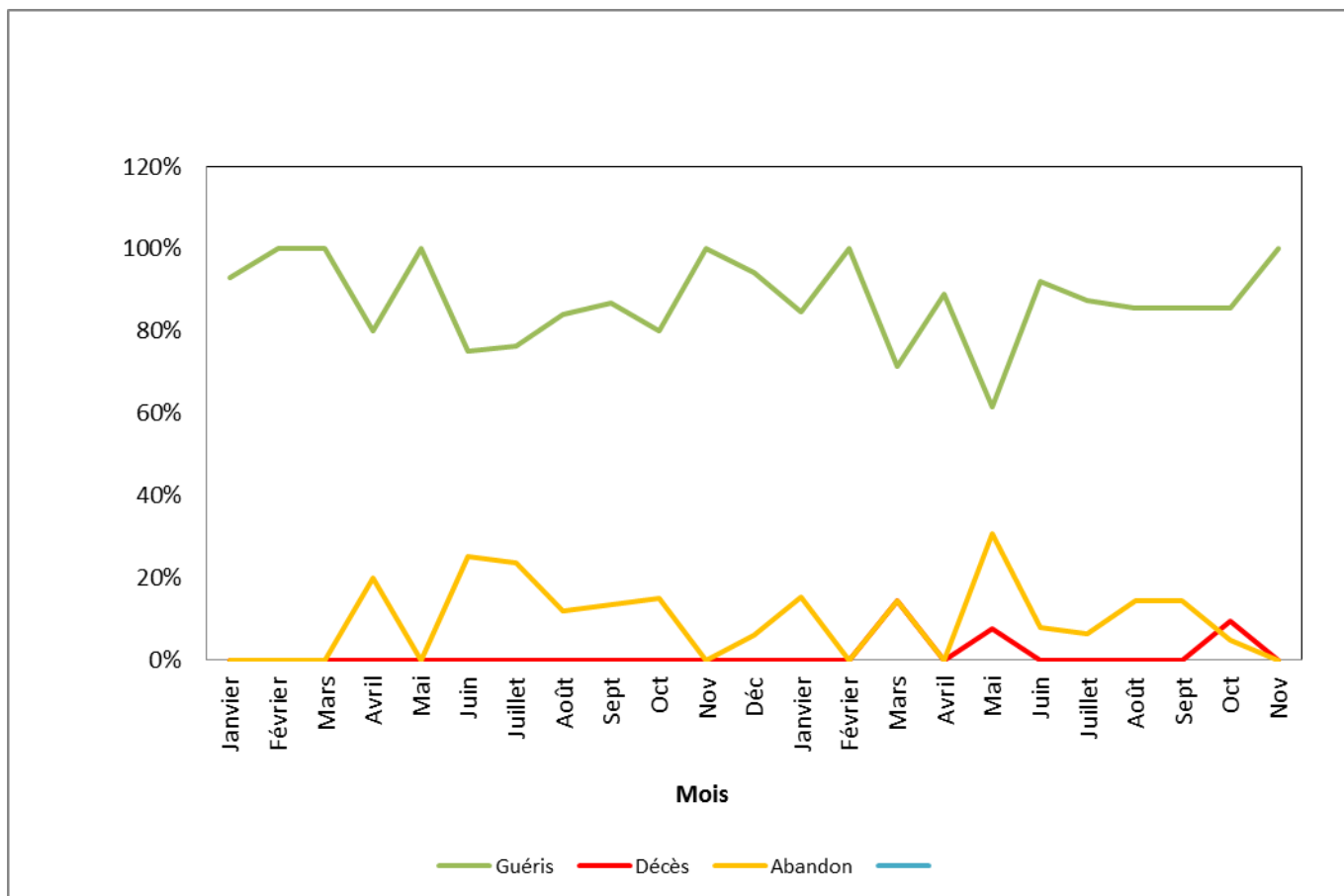


Figure 4: Evolution des indicateurs de performance UREN de 2014 à 2015

PB à l'admission :

La médiane du Pb à l'admission est égale à 113 mm est proche du critère d'admission de 114. Elle reflète, un bon niveau de mobilisation communautaire : les enfants sont précocement détectés au niveau communautaire et arrivent plutôt dans les structures sanitaires.

Cependant les nombreuses valeurs arrondies (100, 105, 110, ...) montrent une imprécision dans la prise des mesures (Figure).

Une analyse plus fine des Pb médian à l'admission des postes permet de les classer selon des hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée. Les postes avec des Pb proche de 114 ayant potentiellement une couverte élevée contrairement aux postes ayant une médiane basse.

Le tableau 2 résume les hypothèses de couvertures selon le Pb médian pour chaque poste.

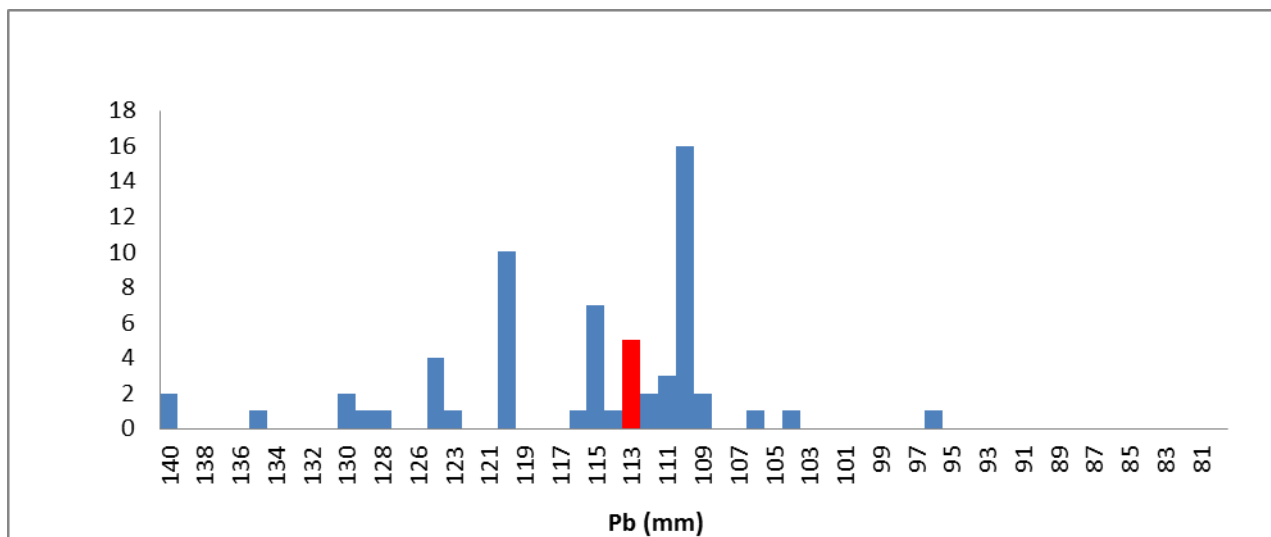


Figure 6: Pb médian á l'admission pour Juillet-Aout- Septembre 2015

Critères d'admission

L'analyse des critères d'admission conforte également dans le sens d'un certain dynamisme du dépistage communautaire : en effet plus de la moitié des admissions (52%) se font sur PB ou PB/PT et le reste des admissions sur PT seul. Ce tableau montre également que les admissions se font dans le respect du protocole national (c.-à-d. sans donner de préférence à une méthode anthropométrique) ce qui peut avoir un impact positif sur la couverture (pas de rejet des enfants référés par les relais).

L'analyse a aussi montré qu'il n'y avait pas enfants admis sur œdème.

Des investigations doivent être poussées pour s'assurer que les enfants œdémateux ne sont pas gardés dans la communauté pour y recevoir un traitement traditionnel.

Critères d'admission

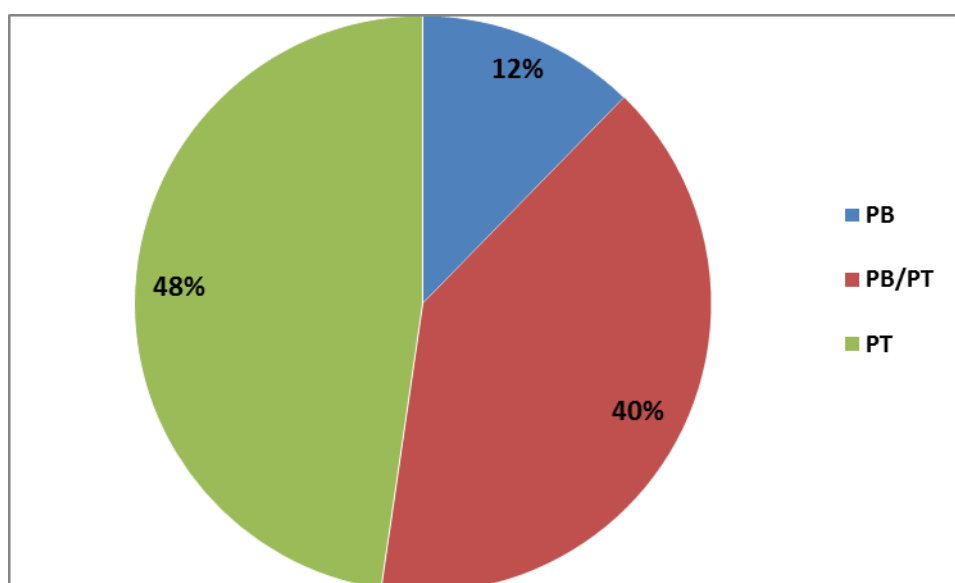
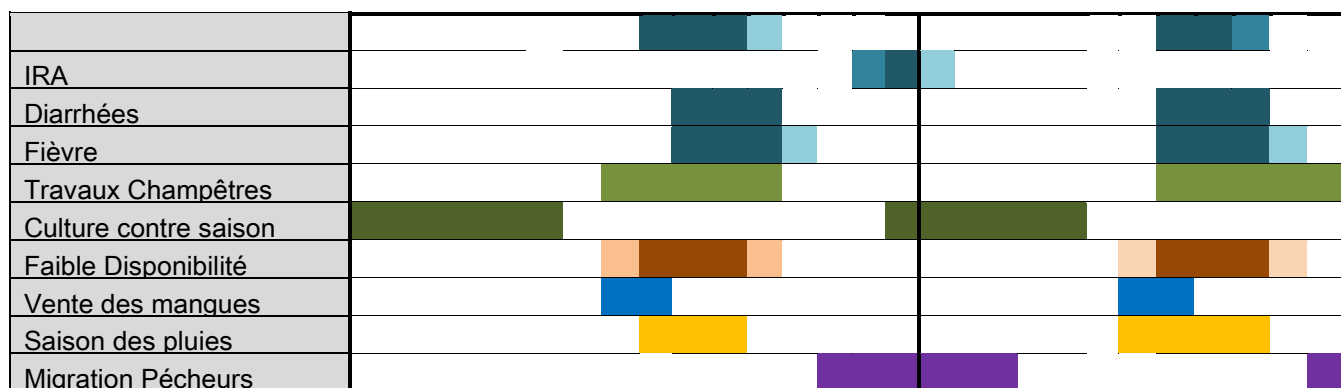
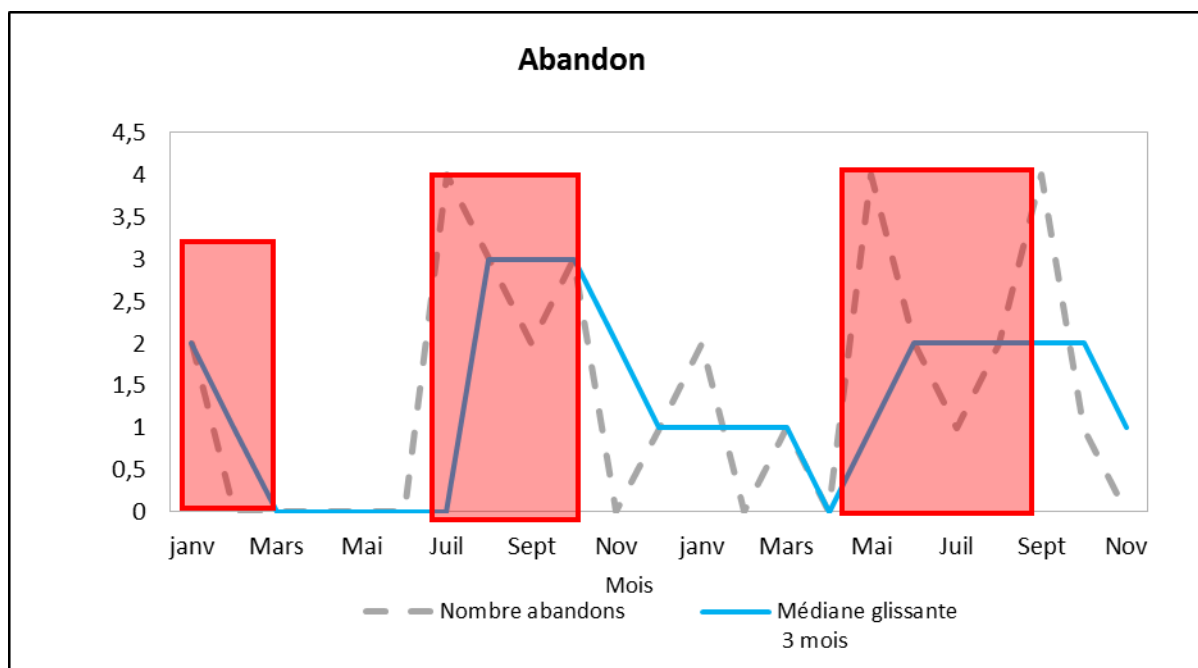


Figure 1: Admissions UREN par critère d'admission

Evolution des abandons



L'analyse de l'évolution du nombre d'abandon en lien avec les événements affectant la vie de la communauté nous montre des pics d'abandon très proches (**Error! Reference source not found.**). Le premier, en Juillet-Septembre 2014, correspond à la fin de la période de soudure (=prévalence de MAS importante) et à la préparation des champs (=surcharge de travail des mères). Il est suivi par d'autres pics : en Janvier, Mai et septembre 2015. Ce qui pourrait être expliqué par le fait que, le district de Pout, en plus des travaux champêtres, les femmes s'adonnent à d'autres activités telles que la vente des mangues, les cultures maraichères et la pêche à Cayar.

Durée du séjour avant abandon :

La durée médiane de séjour avant abandon n'a pu être calculée du fait de l'absence dans les registres de la date de sortie par abandon. Ce qui rend impossible la détermination exacte de la durée de séjour.

Durée du séjour avant guérison :

La durée médiane de séjour avant guérison est également de 4 semaines (Figure 1), ce qui se situe dans les recommandations du protocole national de prise en charge (<4 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 6 semaines (valeur critique selon le protocole), cela peut être interprété comme un indice de couverture faible. En effet, cela peut décourager les mères et donner une mauvaise image du programme. Cela peut aussi indiquer un mauvais respect du protocole aussi bien par la mère (partage ration)

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

Le Tableau 1 résume les hypothèses de couvertures par poste selon la durée moyenne de séjour avant guérison (hypothèse : Plus la durée médiane de séjour avant guérison est longue plus fort sera le risque d'avoir une couverture faible pour un poste).

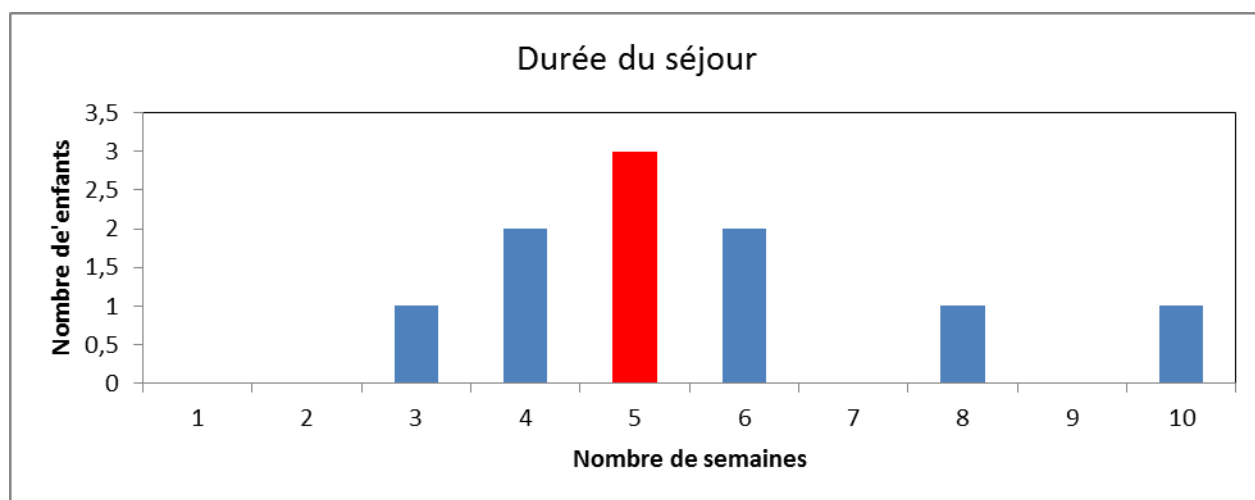


Figure 1: Durée de séjour avant guérison

Dépistage :

PROMIS a mis en place une stratégie de « dépistage ponctuel » (dans le temps et l'espace) plutôt qu'un dépistage synchronisé et de masse dans l'ensemble du district. De Mars à Novembre 2015, 51 733 enfants ont été dépistés dans le district (Figure 3), ce qui pourrait être le présage d'une bonne couverture. On constate une intensification des activités de dépistages pour la période de Juillet-Septembre (**Error! Reference source not found.**). Cela va surement en faveur de la couverture en permettant une prise en charge précoces des MAS et MAM et éviter à de nombreux MAM de devenir MAS.

Il faudrait cependant signaler que les données collectées concernent la cible 6-23 mois qui est la cible principale du projet PROMIS alors que le pourcentage de personne atteinte par dépistage est calculé sur une population cible de 6-59 mois, le nombre dépistés pour le reste de la cible (24-59 mois) étant faible (dépistage passif au niveau du poste de santé et dépistage de masse semestriel avec le l'appui du PRN), ce qui explique la faiblesse du taux de dépistage.

Une analyse plus fine des activités de dépistage par poste nous permet de classer les postes de santé en 3 trois groupes (couverture faible, moyenne et élevée) selon leur taux de dépistage. Plus le taux de dépistage est élevé comme à Keur Mousseu, Pout ou Cayar, plus on peut supposer que la couverture dans ces zones est élevée. Contrairement à des taux de dépistage faibles comme Ndiar des taux de dépistages inférieur ou égal à 15% de la population cible (Figure 2).

Le Tableau 1 résume les hypothèses de couvertures par poste selon le taux d'enfants dépistés.

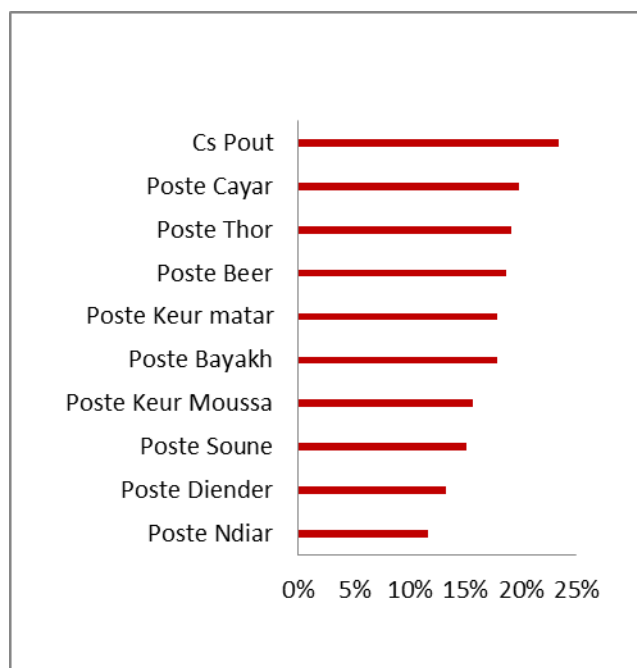


Figure 2: Pourcentage d'enfants ayant été dépistés de Mars 2015 à Novembre 2015 par poste

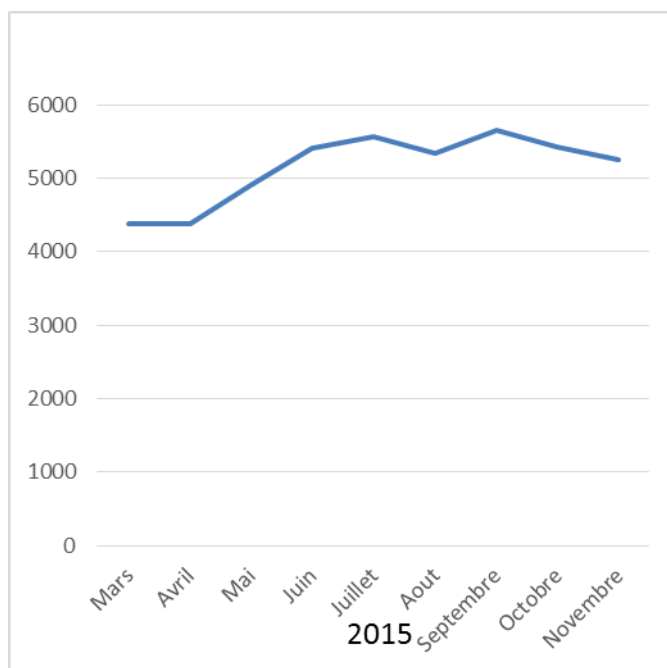


Figure 3: Evolution du nombre d'enfants dépistés de Mars 2015 à Novembre 2015

VAD :

Les activités de VAD ont démarrés le mois précédent le début de l'enquête et n'ont donc pas pu être analyses en vue de déterminer leur impact sur la couverture.

IEC :

Environ 8000 mères/gardiennes ont été touchées par des séances de sensibilisation dans le district de Mars à Décembre 2015 (Figure 5). L'analyse du nombre de personne sensibilisé est également un indice de la couverture d'une aire de sante. Ainsi plus nombre de personnes sensibilisées est important dans une zone et plus est élevée la chance que l'information sur la malnutrition soit diffusée dans la communauté et que la couverture soit élevée.

Cependant ce chiffre doit être pris avec prudence, car les relais ne sont pas toujours supervisés durant leur sensibilisation et il est difficile de s'assurer de la qualité des activités réalisées et de la fiabilité des informations transmises. Il existe néanmoins des outils permettant le suivi et de s'assurer d'une remontée de données de qualité.

L'analyse du nombre personnes sensibilisées par poste nous donne un indice sur le dynamisme au niveau communautaire et sur le niveau de la couverture du programme. Il faut cependant signaler que les données collectées concernent la cible 6-23 mois qui est la cible principale du projet PROMIS alors que le pourcentage de personne atteinte par dépistage est calculé sur une population cible de 6-59 mois, le nombre dépistés pour le reste de la cible (23-59 mois) étant inconnu, ce qui explique la faiblesse du taux de dépistage (Figure 4).

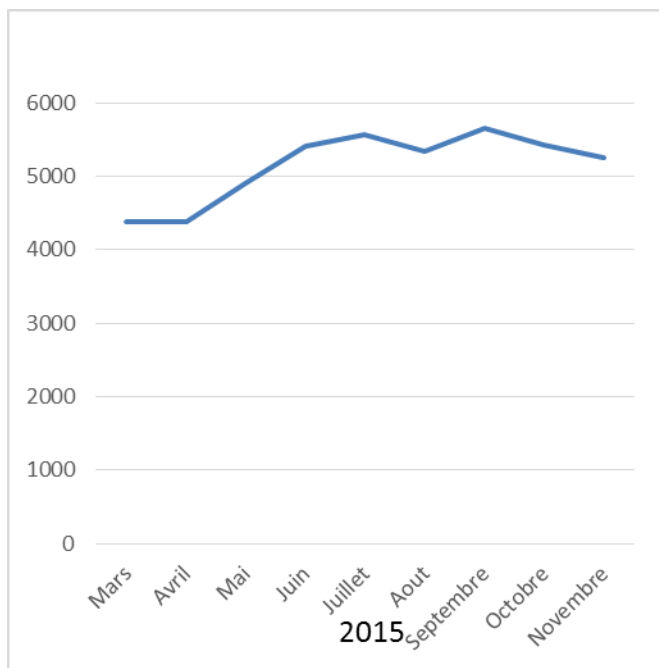


Figure 5: Evolution du nombre de personnes sensibilisées de Mars 2015 à Novembre 2015

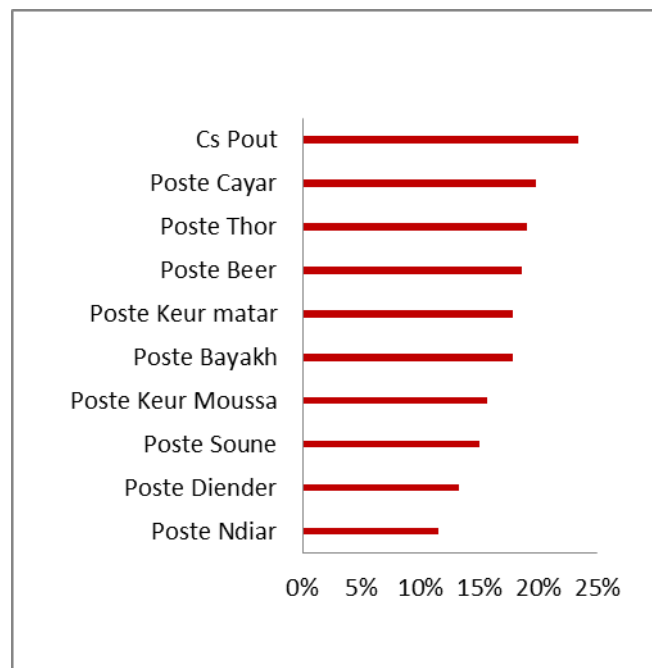


Figure 4: Pourcentage cible atteinte par le dépistage par poste

Tableau 1: Récapitulatif de l'analyse des données quantitatives

	Hypothèse de couverture
	Faible
	Moyenne
	Elevée
	Donnée indisponible

Poste	Admission vs population	Pb admission	séjour avant guérison	% dépistage	% pop touchées	Indicateur performance	Conclusion hypothèse de couverture	Poste
CS POUT								CS POUT
DIENDER								DIENDER
CAYAR								CAYAR
BAYAKH								BAYAKH
NDIAR								NDIAR
SOUNE								SOUNE
THOR								THOR
KEUR MOUSSA								KEUR MOUSSA
BEER								BEER
KEUR MATAR								KEUR MATAR



DONNEES QUALITATIVES

Le recueil des données qualitatives s'est fait sous forme d'entretiens semi-structurés, de focus groupes ou d'entretiens informels et d'observations. Il a concerné les bénéficiaires du programme (CREN et UREN), la communauté (hommes et femmes directement ou indirectement liés au programme), les agents de santé et les personnes clés de la communauté ou pouvant avoir un impact sur le parcours de santé des enfants (grand-mères, tradi-praticiens, Badjenu Gox).

Les entretiens ont été réalisés par les équipes du programme avec l'appui des consultants de manière à voir pour chaque catégorie de personnes ciblées plusieurs entretiens (voir la répartition des entretiens en annexe 1).

Les guides d'entretiens portaient sur :

- Connaissance de la malnutrition et connaissance des signes
- Connaissance et appréciation du service
- Qualité de la prise en charge
- Activités des relais communautaires
- Implication des personnes clés
- Barrières à l'accessibilité

Les données ont été ensuite recoupées par source./ triangulation

▪ Connaissance de la malnutrition et connaissances des signes

Il existe une dizaine de mots pour décrire le marasme. Des mots dérivant des situations spécifiques pouvant conduire à cet état (grossesses rapprochées,...) sont également utilisés pour décrire un enfant marasmique.

Le terme « Khibone » (un mot wolof, mal nourri en français) est largement reconnu et utilisé dans la communauté. Il est beaucoup plus neutre et fait de la malnutrition une maladie « moderne » qui se soigne dans le centre de santé. Cependant, les causes (autre que le manque de nourriture) et le diagnostic de la malnutrition restent encore flous pour la population et révèlent le manque de communication des agents de santé et des relais lors de leurs activités. Cela a un impact négatif sur l'adhésion communautaire et la couverture. La population ne se sentant pas directement concernée par le problème de la malnutrition.

De plus, le marasme est souvent décrit par la population comme une maladie « Yaamp » qui se soignent chez les « Peulh » pour les nourrissons c'est avec la médecine traditionnelle avec un risque de retardement du recours au poste de santé.

▪ Traitement de la malnutrition aigue

L'itinéraire thérapeutique des enfants malnutris commence le plus souvent par une automédication à base de comprimés achetés auprès de vendeurs ambulants bien que les soins des moins de 5 ans soient en principe gratuits au Sénégal avec la CMU et cette gratuité est connue par la population. Cependant, en cas de ruptures d'intrant dans les pharmacies du Centre ou poste de santé surtout l'amoxicilline pour le traitement systématique, les parents sont souvent orientés vers des pharmacies privées. De plus, la proximité, la disponibilité (pas de temps d'attente ou faire face à un mauvais accueil) et le faible coût de ces produits les placent en concurrent important du système de santé.

Le recours aux tradi-praticiens est plus important pour les cas de marasme chez les nourrissons parfois les moins de 06 mois, de nombreux tradi-praticiens assurant pouvoir le traiter en quelques jours en donnant une bouillie qu'ils préparent chez eux.

▪ **Connaissance et appréciation du service**

le Plumpynut et la farine enrichie sont connus dans la plupart des villages/quartiers et par la population (surtout par les femmes) qui arrive à différencier les deux produits et leur cible. Deux mots sont utilisés pour qualifier le plumpynut : « plampi », « sachets rouge » selon les villages.

Par ailleurs, la connaissance du plumpysup n'a pas été testée lors des entretiens dû au fait que le PAM n'intervient dans ces zones. Ainsi, c'est la farine enrichie qui est utilisée dans ces zones pour la PECMAM.

Bien que n'étant pas l'objet de l'enquête la connaissance du LNS a été testée. Il est mieux connu que le plumpynut et connu par quasiment toutes les femmes interrogées. Cela s'explique par sa large diffusion et sa cible plus large que le plumpynut. Il est apprécié et accepté par la population.

▪ **Qualité de la prise en charge**

La qualité de la prise en charge est assez homogène dans l'ensemble des PS et CS. Le remplissage des registres de suivis est satisfaisant. Par ailleurs reste à améliorer la notification des critères de sortie du programme (abandon, transfert, échec au traitement.....)

Le matériel de prise en charge et les intrants sont partout disponibles. Les ruptures sont rares et concernent surtout le traitement systématique (Amoxicilline).

La prise en charge se fait de façon hebdomadaire. Cela se fait cependant sans beaucoup de souplesse, les mères qui arrivent en dehors des jours ou des heures de prises en charge se voient souvent refoulées et renvoyées jusqu'à la semaine suivante. En effet, la PECMA est assignée aux ICP dans les PS et CS et ces agents sont souvent absents (atelier ou séminaire).

l'appui du projet PROMIS dans le dépistage systématique, la référence des enfants de 6-24 mois, le suivi et la formation des agents de santé (ICP/SF) a permis d'améliorer la prise en charge notamment en permettant un meilleur suivi aussi bien dans les PS et CS que dans la communauté (recherche absents et abandons). Le constat est souvent l'absence des ICP (mère non prise en charge en cas d'absence de l'ICP).

L'absence de Plumpysup est un constat dans nos zones d'interventions et la PECMAM est assuré par le PRN à chaque trimestre au niveau communautaire avec les FARNE. Donc la PECMAM n'est pas systématique, donc la non-prise en charge des cas de MAM et une absence de suivi adéquat, risquent de faire augmenter le nombre de MAS non couverts au sein de la communauté.

▪ **Activités des relais communautaires**

La prise en charge précoce des enfants suppose un dépistage précoce de la malnutrition. C'est dans cet objectif qu'a été organisé le dépistage communautaire par les relais ou les agents de santé. La stratégie développée par PROMIS est de faire des « dépistages mensuel » dans toutes les zones du projet pour la cible 6-24 qui est la plus vulnérable à la malnutrition. Si cette stratégie permet de redynamiser le dépistage dans toutes les zones, il se fait encore sous l'initiative de l'ONG PROMIS et est trop lié à l'idée de performance sans permettre une réelle appropriation de cette activité par la communauté pour assurer sa pérennité'.

▪ **Implication des personnes clés et de la communauté**

Les activités de sensibilisation et de dépistage ont été confirmées par les femmes (sensibilisation dans la communauté et dépistage irrégulier dans les villages/quartiers). La faible implication des hommes, grand-mères et religieuses, limite la mobilisation communautaire dans une société patriarcale où le pouvoir décisionnel est du côté des hommes.

▪ Barrières et boosters à l'accessibilité

Les principaux boosters et barrières à l'accessibilité et à la participation identifiées au cours de l'évaluation sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Barrières et boosters

Barrières	Boosters
Manque de connaissance PECMA	Sensibilisation Bonne appréciation du service
Mauvais accueil/rejet/attente	Appréciation du service
Négligence/Paresse	Coopération chef de village/Implication mari
Occupation des mères/Manque de temps	Proximité Poste de santé/cases de santé
Médecine traditionnelle	Sensibilisation/CMU
Vendeurs Ambulants de médicament	Disponibilité des agents de santé/CMU
Absence de relais dans certains villages	Stratégies avancées des agents de santé/relais
Absence de cases dans certains villages	Stratégies avancées des agents de santé/relais
Manque de moyens (transport/coût médicaments)	Stratégies avancées des agents de santé/relais CMU
Méconnaissance de la maladie	sensibilisation
Partage du PPN	
Refus du PPN par l'enfant	

ETAPE 2

L'analyse de la distribution spatiale des admissions et des différents facteurs influençant la couverture suggère une couverture probablement hétérogène. Une enquête sur petite zone a été réalisée pour le confirmer.

Il a d'abord été choisi de tester les deux hypothèses suivante concernant les zones de couverture élevée et les zones de couverture faible :

- La couverture est probablement plus élevée dans les zones où les admissions
- La couverture est probablement plus élevée dans les zones à moins de 10 km du poste de santé.

La méthode de recherche active et adaptative a été utilisée pour trouver les cas MAS.

Un cas MAS était défini comme MAS si son pb était inférieur à 115 au moment de l'enquête et/ou s'il présentait des œdèmes. Un cas était défini comme couvert si la mère était dans la capacité de présenter un ou des sachets d'ATPE. Les mères qui ont pu présenter une carte de suivi mais n'avaient plus de plumpynut au moment du passage des équipes, ont été considérées comme des cas non couverts. Un questionnaire leur a été adressé et elles ont été classées dans la catégorie « partage/mauvaise utilisation de l'ATPE ».

Au total 11 cas MAS ont été trouvés et 5 étaient couverts.

L'analyse des données quantitatives et qualitatives penche pour une couverture moyenne pour l'ensemble de la zone. Le seuil de couverture élevée a donc été fixé à 50%.

L'analyse des résultats (Tableau 3) a été réalisée au moyen de la méthode LQAS simplifiée (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à une valeur seuil définie à 50% (standard SPHERE).

La règle de décision a été calculée selon la formule suivante :

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

n : nombre de cas trouvés

p : couverture standard définie pour la zone

Tableau 3: Validation de l'hypothèse 1 de couverture hétérogène

Zones de couverture plus élevée (Admission élevée)	p = couverture 50%		Cas MAS couverts (3) > règle de décision (2) Couverture actuelle > 50% Hypothèse de couverture élevée confirmée confirmée
	Nombre total de MAS trouvés n		
	Règle de décision	d = n x (p/100) d = 4 x 0.5 d = 2 d = 5	
	Cas MAS couverts 3		
Zones de couverture plus faible (Admission faible)	p = couverture 50%		Cas MAS couverts (2) < règle de décision (4) Couverture actuelle < 50% Hypothèse de couverture faible confirmée
	Nombre total de MAS trouvésn		
	Règle de décision	d = n x (p/100) d = 7 x 0.5 d = 4	
	Cas MAS couverts 2		

L'hypothèse est ainsi confirmée, les aires de santé avec des admissions élevées ont une couverture élevée.

Une deuxième hypothèse également était utilisée en les classant les mêmes villages selon leur proximité ou éloignement du poste ou de la case de santé.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 4: Validation de l'hypothèse 2 de couverture hétérogène

Zones de couverture plus faible (plus de 10km du poste)	p = couverture 50%		Cas MAS couvert (0) < règle de décision (1) Couverture actuelle < 50% Hypothèse de couverture faible confirmée
	Nombre total de MAS trouvés		
	Règle de décision	d = n x (p/100) d = 2 x 0.5 d = 1	
	0	Cas MAS couverts	
Zones de couverture plus élevé (moins de 10km du poste)	p = couverture 50%		Cas MAS couvert (5) = règle de décision (5) Couverture actuelle < 50% Hypothèse de couverture élevée non confirmée
	Nombre total de MAS trouvés		
	Règle de décision	d = n x (p/100) d = 9 x 0.5 d = 5 d = 4	
	5	Cas MAS couverts	

L'hypothèse n'est pas confirmée : Que les villages soient situés à plus ou moins de 10km, on a une couverture faible.

ÉTAPE 3

A la suite des étapes 1 et 2, les barrières et boosters de la couverture 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 de l'étape 2. Les enquêteurs (tous du programme) ont été divisés en huit équipes qui ont noté chaque barrières et booster de 1 à 5. La moyenne a ensuite était calculée pour chaque barrière et booster. En cas d'écart important entre deux ou plusieurs groupes, des discussions étaient engagées en vue de rapprocher les résultats. Les résultats du BBQ pondérés se retrouvent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5: Barrières et Boosters pondérés

Barrières	Pondération	Pondération	Boosters
Manque de connaissance PECMA	3,39	2,11	Proximité Poste de santé/cases de santé
Partage du PPN	0,94	2,89	Disponibilité des agents de santé
Refus du PPN par l'enfant	1,11	4,55	Disponibilité/engagement relais
Mauvais accueil/rejet/attente	1,33	1,50	Médicament moins chers chez les sœurs
Négligence/Paresse	2,72	0,67	Appui de la collectivité locale
Occupation des mères/Manque de temps	3,56	3,44	Stratégies avancées des agents de santé/relais
Médecine traditionnelle	2,56	3,39	Sensibilisation
Vendeurs Ambulants	2,94	1,89	Coopération chef de village
Absence de relais	0,89	4,55	Bonne appréciation du service
Absence de cases	2,22		
Agent de santé Absent	1,44		

Manque de moyens (coût médicaments)	3,05		
Manque de moyens (transport)	3,77		
Distance/Eloignement/Enclavement	4,55		
Méconnaissance de la maladie	2,22		
Rupture PPN	0,78		
Total	37,47	24,99	

Le Prior a ensuite été calculé en utilisant la formule suivante :

$$\text{Prior} = \frac{(\text{Barrières} + \text{Boosters})}{2} \quad \text{Avec Barrières} = 100 - 37,7 = 62,3\% \text{ et Boosters} = 0 + 24,99\% = 24,99\%$$

$$\text{Soit Prior} = \frac{(62,3 + 24,99)}{2} = 87,29/2 = \mathbf{43,6\%}$$

Le Prior a été arrondi à 50% soit une valeur de $\alpha = 17,5$ et $\beta = 17,5$ 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 57 pour la construction de l'évidence vraisemblable. La recherche de cas et la définition de cas étaient identiques à celles de l'étape 2.

Au total, 49 cas composant l'échantillon ont été trouvés durant la grande enquête, dont 6 cas MAS couverts. En outre, 19 étaient en voie de guérison et 13 cas MAS n'étaient pas couverts par le programme. Ces données ont permis de calculer le nombre de cas en voie de guérison hors du programme : 11. En introduisant les données de l'évidence vraisemblable dans la calculatrice de Baye, on obtient une estimation de la couverture unique de **50,6% (40,0%-61,2%)** avec un intervalle de confiance 95%.

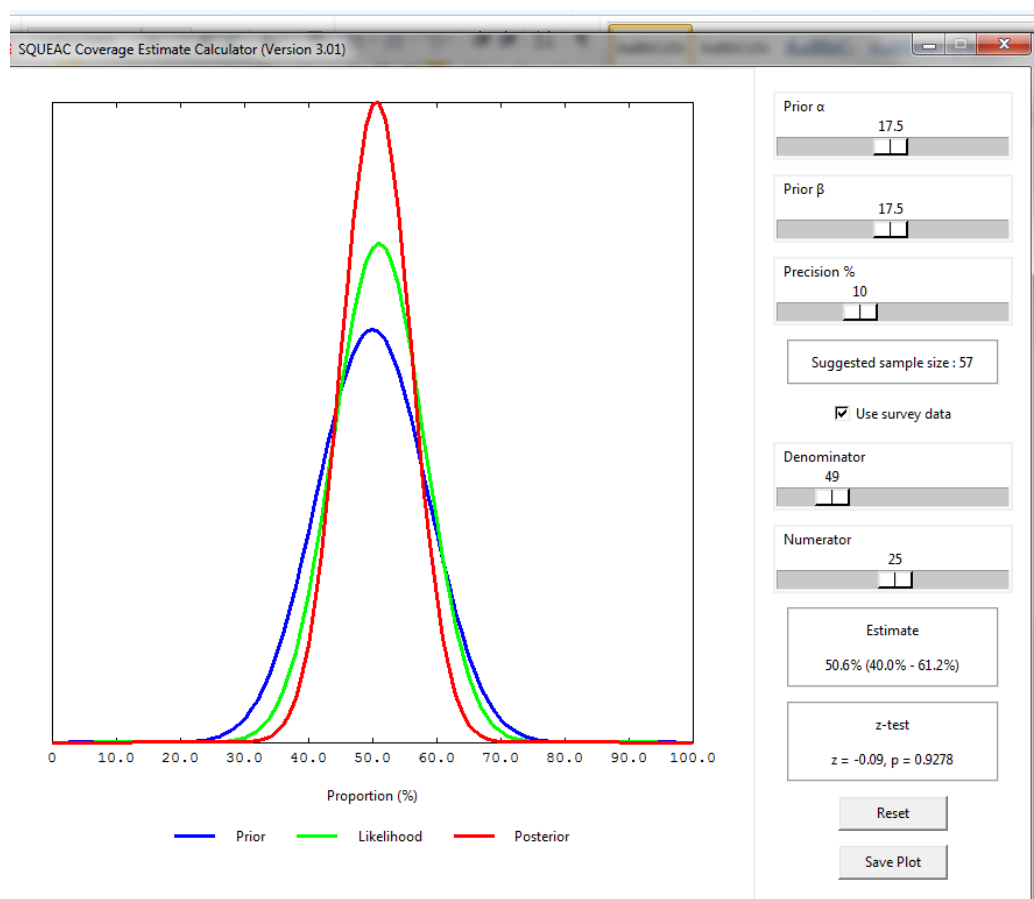
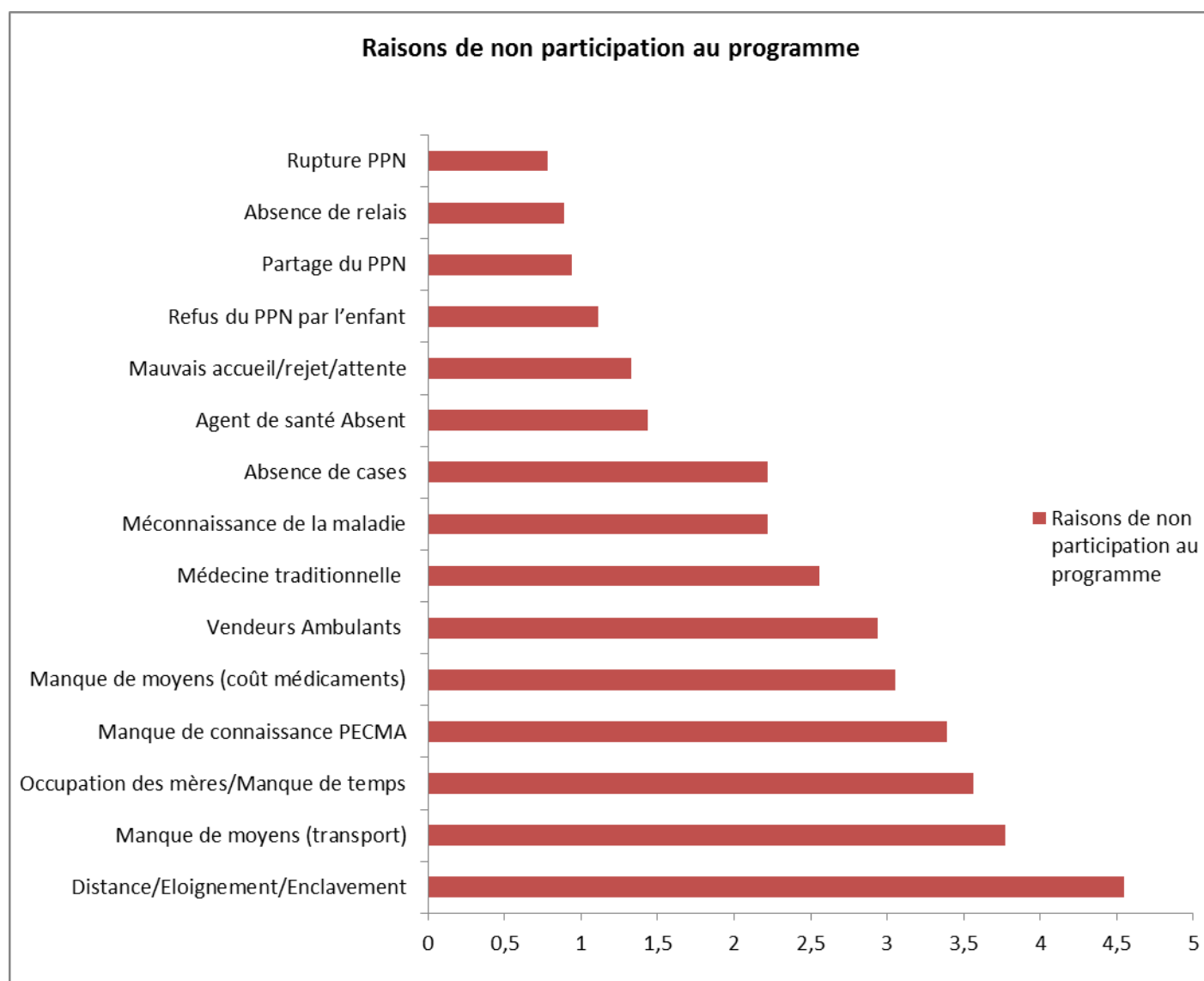


Figure 6: Résultat calculatrice de Bayes

Il n'y a pas de conflit entre l'évidence vraisemblable et la probabilité à priori ($p>0,05$). Le résultat de l'étape 3 est ainsi validé.

La majorité des mères (66%) est consciente que leur enfant est malade, elle ne cite pas directement la malnutrition. Sont cités plutôt la diarrhée, la fièvre et les vomissements de façon spontanée. Quand la question leur est posée 50% des mères pensent/sont conscientes que leur enfant est malnutri et la même proportion connaît le programme PECMA. Les mères ont donc une bonne idée sur la malnutrition et son traitement, cette connaissance est sûrement liée au fait que 50% des femmes ont déjà été dans le programme PECMA. Le programme a donc une bonne capacité de recrutement mais des difficultés pour assurer la rétention des cas et leurs suivis dans la communauté. Les principales barrières identifiées lors de cette étape sont résumées dans la figure ci-dessous.



DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le taux de couverture actuelle dans le district de Pout a été estimé à **50,6 % (95% IC $\approx$ 40,0%-61,2%)** ; $p = 0.9278$ avec un intervalle de confiance 95%. Ce taux se situe juste au niveau de la norme SPHERE pour le milieu rural. Ce taux reflète, la bonne connaissance des femmes du programme, la capacité de recrutement (dépistages actifs et passifs) et de suivi des MAS au niveau des postes et centres de santé (recherche absente et abandon).

Ces résultats reposent en grande partie sur l'implication des ONG, d'abord PROMIS avec son paquet d'activités (dépistage mensuel 6-24 mois, discussion de groupe et distribution du SQ-LNS) et les stratégies avancées et le PRN, ce qui remet en cause la pérennité de l'action. Une stratégie plus axée sur l'implication communautaire (pas uniquement sur les relais) soulagerait l'ONG PROMIS et lui permettrait d'avoir un rôle d'appui plus important avec les mêmes ressources alors que la réelle implication communautaire pourrait booster la couverture tout en assurant la pérennité de l'action.

Le reflet de la faible implication communautaire ainsi, beaucoup d'enfants sont dans le programme MAS alors qu'ils auraient dû être dans le programme MAM. Leur état a dû se dégrader sans que la communauté ne soit alertée ou que cela soit relevé dans le centre de santé.

A cela, s'ajoute le problème d'inaccessibilité aux UREN. En effet dans le district de Pout, la majorité des PS et CS se situe sur l'axe routier créant une accessibilité difficile aux URENs dans beaucoup de villages du district.

▪ Communication et mobilisation communautaire

Le programme de redynamisation des mutuelles de santé avec le ministère de la santé au niveau communautaire pourraient être des portes d'entrée vers la communauté. Ce programme subventionné par l'état et géré par la communauté permet à la population d'assurer la prise en charge médicale de leur famille. De plus, en s'appuyant sur la CMU pour les enfants de 6-59 mois et les mutuelles, l'accessibilité aux structures devrait être améliorée.

Les chefs villages/quartiers pourraient aussi être des facilitateurs vers la communauté. D'après les entretiens, les chefs de villages/quartiers et les imams se réunissent très souvent avec la population lors des cérémonies, à la mosquée, dans les baptêmes et les rencontres avec ces conseillers. Cet ensemble de personnes a pour la plupart du temps plus d'influence et de légitimité aux yeux de la population pour faire passer des messages (causes malnutrition, arrêt du partage de plumpynut, date dépistage, critère de sortie du UREN...).

De plus, les collectivités locales développent chaque année un plan de développement local avec un volet santé. L'inscription d'activités axées sur la nutrition permettra une meilleure appropriation de la nutrition par les maires et leur population.

Les maires peuvent aider à établir la cartographie des villages (organisations et dynamique sociales, personnes clés,...) en vue d'appuyer les leviers existants pour renforcer certaines activités (dépistage, sensibilisation, suivi des MAS) et décharger les relais d'une partie de leur responsabilité. Les mères d'enfants guéris devraient également être plus activement impliquées dans le dépistage, l'explication du traitement et de la maladie et le suivi des cas de MAS dans la communauté.

Une bonne implication des chefs de famille (homme et grand-mères) pourrait permettre de lutter contre le phénomène de partage ou faciliter l'accès au moyen de transport. Le partage entraîne une inefficacité du traitement et des durées de séjour allongées dans le programme, ce qui décourage les mères qui finissent par abandonner le traitement sans faire le lien entre la non-amélioration de l'état de leur enfant et le non suivi

des recommandations des PS et CS. Une meilleure mobilisation des mères et de la communauté sur la maladie et le traitement permettront de dépasser cette barrière

Deux modes de communications majeurs sont utilisés dans les villages pour la diffusion des messages comme les assemblées générales qui regroupent les hommes plutôt en fin de soirée après la dernière prière du soir ou le porte à porte après instruction du chef de village à un de ses conseillers. Ces canaux devraient être utilisés pour toucher les hommes et l'ensemble de la communauté plutôt qu'axer la communication sur le relais ou les sensibilisations tournées vers les femmes dans les PS et CS.

La direction régionale de la santé dispose de créneaux horaires sur la radio nationale et régionale pour faire passer des messages sur la santé, créneaux qui ne sont pas utilisés actuellement. Des messages spécifiques pourraient être développés avec les districts, les partenaires et la communauté pour appuyer les informations qui seront diffusés dans les émissions.

Sur les terres, c'est la distance qui est la barrière la plus importante, une mobilisation communautaire pourrait aboutir à une mise à disposition de charrettes et à la mise en place de transports groupés des mères et de leurs enfants. De plus avec le fonctionnement des mutuelles de santé, le transport devrait être assuré.

▪ **Qualité de la prise en charge**

La qualité de la prise en charge (intégration) semble encore poser problème. L'utilisation des outils SQUEAC (tableau de bord) lors de réunions bimensuelles et trimestrielles permettra d'avoir un suivi plus objectif et avec l'appui du district. Ce tableau de bord permettra de renforcer de façon ciblée les PS qui ont besoin d'avoir un appui et d'améliorer la qualité de cet appui (remplissage des supports, prise des pb, sensibilisation des mères,...). Le tableau permettra également de mesurer les évolutions de chaque PS et CS. De nouvelles rubriques pourront être rajoutées (Nombre de sensibilisations réalisées dans le PS/CS,...).

Certaines cases de santé sont sous la responsabilité de personnel qualifié. Ces cases devraient être outillées et encadrées (plus fortement que les PS si nécessaire) pour rapprocher les soins de la communauté.

Une souplesse doit être mise en place de façon plus générale pour permettre un compromis entre le respect du protocole et les réalités de la population pour permettre la continuité des soins (donner des rations pour deux semaines pour les villages éloignés ou pendant la saison des pluies). Les femmes ayant raté le jour de prise en charge doivent aussi avoir un message clair qu'elles seront prises en charge sans réprimande le reste de la semaine.

Les activités comme le dépistage ou la sensibilisation doivent également se caler sur le calendrier saisonnier local. Par exemple, le dépistage doit être intensifié pendant les mois de juin-Septembre (pic d'admission). Les activités de suivis des cas MAS dans la communauté en d'Octobre-Janvier (pic abandon).

PLAN D'ACTION

Thèmes	Activités	Operateurs
Mobilisation Communautaire	Elaboration du programme et suivi	HKI/ARPV/District/ communauté
Information/ sensibilisation	Organisation d'un grand forum sur PECMA avec les autorités, PS, relais etc.	CC+ Préfecture + District
Sensibilisation	Sensibilisation des hommes/grand mère	ARPV/Chefs de village, leaders religieux, groupe de soutien→ Communauté (micro, crieur)
Dépistage	Mise a disposition de fiches de reference et de suivi a TOUS les relais	MCD/ONG local
Dépistage	Distribution élargie de MUAC et orientation : groupe de soutien, Mères d'enfants guéris, guérisseurs (?)...	MCD/ONG localMCD/ONG local + communaute + HKI + Unicef (pour fournir les MUAC si pas disponible voir si HKI peut financer meme si c est pour couvrir quelque village comme un test
Accès aux soins	Appuyer la redynamisation des mutuelles de santé	CC+Mairie, Préfecture, chefs de village, Imams associations des femmes
Information / sensibilisation	Information pour les femmes	Associations des femmes, groupe de soutien / radio
Prise en charge	Renforcer la sensibilisation sur la CMU	Mutuelles + MCD+CC+ Développement social
Formation/ recyclage	Supervision formative en s'appuyant sur le tableau de performance SQUEAC	HKI+ MCD+ONG Local

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A LA SQUEAC

PRÉNOM	NOM	SEX E (M/F)	POSTE	ORGANISATION	EMAIL
Aziz	Coza	M	Regional Coverage Advisor	HKI-AFRO	agoza@hki.org
Issakha	Diop	M	CMAM Coordinator	HKI-AFRO	ediop@hki.org
Maguette F	BEYE	F	PROMIS coordinator	HKI-SEN	mbeye@hki.org
Elh Malick	Diakhaté		Mhealth officer	HKI-SN	mdiakhate@hki.org
Touty Sarry	Diop	F	SRANSE	Région Médicale	dioutoutysarry@yahoo.fr
Assiéto	Thiam	f	PFN	District de Pout	assithiam@hotmail.fr
Ma Mbaye	Fall	M	SPP	District de Pout	mambayefall@yahoo.fr
Ndeye Maty	Fall	F	Assistante coordonnatrice	ARPV	fallndeyematy@gmail.com
Adja Rama	Ndiaye	F	Superviseur	ARPV	
Amadou	Diouf	M	enquêteur		
Diodio	Diouf	F	Relais/enquêteur		
Maréme	Fall	F	Relais/enquêteur		
Babacar	Gueye	M	Enquêteur		
Mamadou	Tall	M	Relais/enquêteur		
Youssou	Gueye	M	Relais/enquêteur		
Mariama	Tall	F	Relais/enquêteur		
Omar	Thiam	M	Enquêteur		
Fatou	Deme	F	Relais/enquêteur		
Baye Mbaye	Diop	M	Enquêteur		
Aissatou	Ndoye	F	Enquêteur		
Mamadou	Coulibaly	M	Enquêteur		
Dior	Sakho	F	Enquêteur		
Sokhna	Cissé	F	Relais/enquêteur		
Souleymane	Diene	M	Superviseur/enquêteur		
Lamine	Ndiaye	M	Infirmier		
Masserigne	Ndiaye	M	Enquêteur		
Fatou	Ndoye	F	Relais /enquêteur		

ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME DE LA FORMATION ET DE L'ÉVALUATION
PLANNING DES ACTIVITES SQUEAC POUT

Etapas	Activités	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J
		26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
81 Investigation	Formation méthodologie SQUEAC / Revue documentaire et des données quantitatives collectés/ Atelier de travail sur l'étape 1				X	X	X																			
	Collecte de données qualitatives (entretiens dans la communauté et les structures de santé)								X	X	X															
	Identification de zones de couverture faible et élevée/Préparation enquête sur petites zones / Formation sur la RAC des enquêteurs											X														
2 Investigation	Enquêtes sur petites zones													X	X	X										
3 Enquête sur grande zone	Synthèse des données/ Elaboration de la probabilité a priori/Echantillonnage/ préparation enquête sur grande zone																X									
	Enquêtes sur grande zone																	X	X	X	X					
	Résumé et recommandations																						X			
Jours avec besoin de véhicules									X	X	X			X	X	X		X	X	X	X					

Jour en salle

X X X

X

X

X

ANNEXE 3 : LISTE DES MOTS POUR DESIGNER LA MALNUTRITION EN WOLOF

MARASME	KWASHIORKOR
Khibone	Khibone
Yaamp	Lago
Thiép	Khalé bou Saad
Guissane	Néwi
Domou Nef	Topoum city
Baragne	Tanke you Néwi
Siri Nganra	Séckéck
Lekk bou Bakhoul	Khorom
Diomi	Biri Biri
Rap	Khoufil
Fébarou Biir	Lakhe
Wope	Elephant diaz
Khey bone	
laapou	
Djiné	
Gabole	

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES

GUIDE D'ENTRETIEN : PERSONNEL CENTRE DE SANTE

Personne(s) interviewée(s) :

Dont :.....F et H :.....

Ethnie :

Date :

District sanitaire :

Aire de santé :

Village :

Equipe :

Profil personnel

- Quel est votre rôle au poste de santé ?
- Depuis quand exercez-vous votre rôle ?
- Comment sentez-vous dans votre rôle ? Pourquoi ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation ?

Si oui : quand ? Combien de fois ?

- Etes-vous satisfait(s) avec le niveau de la formation ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?
- Bénéficié vous d'une supervision/suivi/de vos activités ?

Si oui :

- Qui vous supervise ? Comment ? A quelle fréquence ?
- Collaborez-vous avec d'autres personnes impliquées dans le programme ?

Si oui : avec qui ? Comment ? Pourquoi ? A quelle fréquence ?

- Collaborez-vous avec d'autres postes de santé ?

Si oui : comment ? Pourquoi ? A quelle fréquence ?

Profil communautaire

- Quels sont les défis principaux de la communauté où vous travaillez ?
- Est-ce qu'ils ont l'impact sur la santé dans votre communauté ?

Si oui , décrivez-le?

Maladies infantiles

- Quelles maladies infantiles sont les plus fréquentes ? Pourquoi ?
- A quel moment de l'année se présentent-elles ?
- Quels **itinéraires thérapeutiques** sont-ils disponibles ? Quels sont les fréquents ? Pourquoi ?

Malnutrition (montrez les images de marasme et kwashiorkor)

- 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**" ou existe-t-elle depuis longtemps?
- 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 ? quels sont les plus fréquents ? Pourquoi ?

- Pourquoi pensez-vous cette maladie est apparue dans votre communauté ?
- Pensez-vous que vous cette condition est **stigmatisée** dans votre communauté ? Pourquoi ?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou relation dans la communauté ?

Sensibilisation

- Qui fait la CCC dans votre communauté ? A quelle fréquence ?
- Est-ce que ces personnes font la CCC sur la malnutrition?

Si oui : à quelle fréquence ? Pourquoi ?

- Connaissez-vous les sujets abordés?
- Quelles personnes sont ciblées par la CCC ?
- 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/CCC ? Pourquoi ?

- Est-ce que la CCC est suffisante ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

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-elles 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 PECMA

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

Si non pourquoi pas ?

- Quel type de référencement (RC, auto référencement, autre bénéficiaire, membre de la communauté.....) sont plus fréquent ? Pourquoi ?
- Comment les référencement par les relais sont-ils organisés ?
- Qui fait le suivi des enfants référés par le relais ?

Si le suivi n'est pas fait, Pourquoi ?

- Comment référez-vous les enfants au poste/centre de santé
- Qui fait le suivi des enfants référé au centre/poste de santé ?

Si le suivi n'est pas fait, Pourquoi ?

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

Si oui, quel genre de difficultés ?

- **Rejetez**-vous des enfants référés par les relais 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 à la tenue des registres ?

Si oui, quelles difficultés ?

- Combien de fois par mois mettez-vous à jour les registres ? Comment ?
- Est-ce que les enfants dans cette commune, **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 à retourner ?
- Avez-vous eu des ruptures de stocks ?

Si oui, de quoi ? Pourquoi ? Avec quel effet ?

- Organisez-vous des séances de CCC avec les accompagnants d'enfants malnutris ?

Si oui, comment ? A quelle fréquence ? Avec quels outils ?

Si non pourquoi pas ?

Perception du service PECMA

- Qu'est-ce que vous pensez du service PECMA ?
- Quels sont ses points forts/faibles ?
- Que changeriez-vous pour améliorer sa qualité ?
- Comment le service est-il aperçu dans la communauté ? Pourquoi ?
- Existent-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service ?

Si oui, citez-les et expliquez ?

