

MINISTERE DE LA SANTE

REGION DU SAHEL

DIRECTION REGIONALE
DE LA SANTE DU SAHEL

DISTRICT SANITAIRE DE DJIBO

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice



PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE EN AMBULATOIRE (PCA)

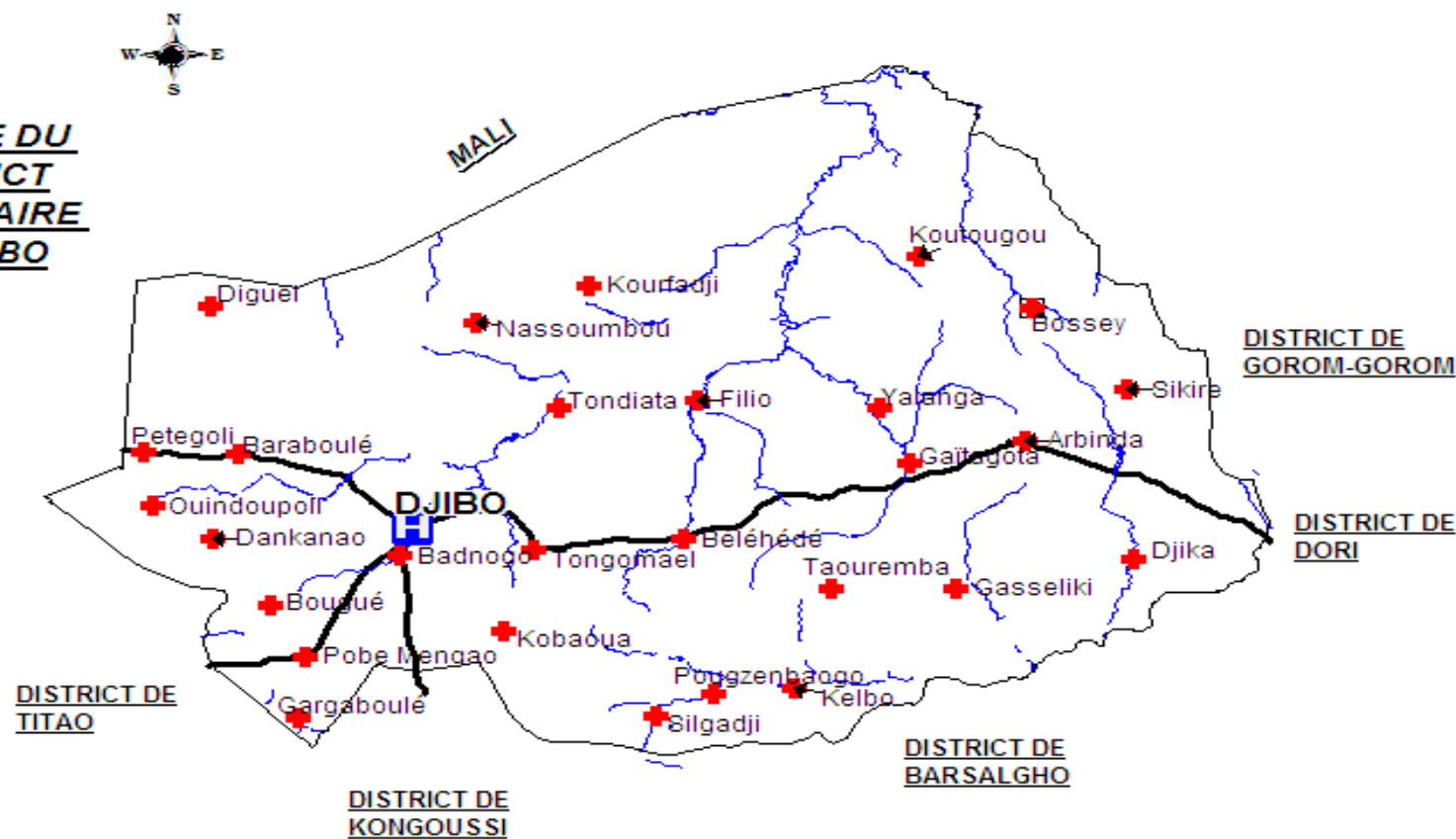
**RAPPORT D'EVALUATION SEMI-QUANTITATIVE DE
L'ACCESSIBILITE ET DE LA COUVERTURE DE LA PRISE EN
CHARGE EN AMBULATOIRE DES ENFANTS MALNUTRIS AIGUËS
SEVERES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DJIBO/ DRS SAHEL.**

Période du 13 au 29 janvier 2015

Partenaires techniques et financiers:



**CARTE DU
DISTRICT
SANITAIRE
DE DJIBO**



Légende

-  CSPS
-  CMA
-  COURS D'EAU
-  ROUTE PRINCIPALE

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
RESUME.....	6
OBJECTIFS DU SQUEAC	8
OBJECTIF GENERAL.....	8
OBJECTIFS SPECIFIQUES:	8
INTRODUCTION:.....	9
CONTEXTE	11
SITUATION NUTRITIONNELLE :.....	12
CARACTÉRISTIQUES DU PROGRAMME NUTRITIONNEL DE LA CROIX ROUGE.....	Erreur ! Signet non défini.
<i>APPUI DE LA CROIX ROUGE A LA PCMA DU DS DE DJIBO.</i>	13
APERÇU PCMA.....	14
<i>STRUCTURE DE LA PCMA AU DS DE DJIBO</i>	14
<i>MOBILISATION COMMUNAUTAIRE</i>	14
<i>PROGRAMME DE NUTRITION SUPPLEMENTAIRE</i>	15
<i>PROGRAMME THERAPEUTIQUE AMBULATOIRE</i>	16
<i>CREN/CENTRE DE STABILISATION/PCI</i>	16
OUTILS, MÉTHODES ET PRINCIPES.....	17
RESULTATS DE LA PRECEDENTE ENQUETE DE COUVERTURE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DJIBO EN 2012 (SQUEAC).....	18
Couverture basée sur le développement de la probabilité à posteriori.....	Erreur ! Signet non défini.
<i>Résultats</i>	Erreur ! Signet non défini.
Récapitulatif des différentes couvertures.....	19
DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	37
RECOMMANDATIONS	40
Conclusion.....	41

REMERCIEMENTS

L'investigation SQUEAC a pu être réalisée grâce à l'appui technique de la direction régionale de santé du Sahel et de l'appui technique et financier de la Croix-Rouge. Aussi, avec l'engagement sans faille de l'équipe cadre du district, des agents de santé et des agents de la Croix Rouge de Djibo.

Ces acteurs se sont investis avec enthousiasme dans l'exercice et cela sans compter les longues heures de travail et les fins de semaines. Nous espérons que cet investissement puisse continuer dans l'intégration de la méthode et des outils dans les activités de routine de suivi et de supervision.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC : Agent de Sante Communautaire (inclus les agents de santé villageois et les accoucheuses villageoises)

ATPE : Aliment Thérapeutique Prêt a l'Emploi

CAPN : Centre d'Accueil Pour la Nutrition

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CRB : Croix-Rouge de Belgique

CRBF : Croix-Rouge Burkinabè

CREN : Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle

CSAS : Centric Systematic Area Sampling

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

CVN : Comité Villageois Nutrition

DRS : Direction Régionale de la Santé

DS : District Sanitaire

ECD : Equipe Cadre du District

ESZC : Echantillonnage Systématique Zonal Centré

ICP : Infirmier Chef de Poste

MAM : Malnutrition Aigüe Modérée

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

MCD : Médecin Chef de District

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PB : Périmètre Brachial

PCA : Prise en Charge en Ambulatoire

PCI : Prise en Charge en Interne

PCMA : Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigue

PECMAS : Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère

PECMAM : Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Modérée

PNS : Programme de Nutrition Supplémentaire

RC : Relais Communautaire

S3M : Simple Spatial Survey Method

SLEAC : Simple LQAS Evaluation of Accessibility and Coverage

SQUEAC : Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture)

TPS : Tradi-Praticien de Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance **VAD** : Visite à Domicile

RESUME

Du 13 au 29 janvier 2015, s'est déroulée dans le District Sanitaire (DS) de Djibo une enquête d'évaluation de la couverture de PCA à travers la méthode SQUEAC.

Le DS de Djibo est situé dans la région du Sahel au Burkina Faso. C'est un district rural où vit majoritairement une population d'éleveurs et nomades. Le programme de prise en charge a démarré en 2007 avec l'appui de la Croix Rouge.

La SQUEAC se compose d'une gamme d'outils qui permettent de collecter, analyser et organiser les données quantitatives (données de routine) et des données qualitatives (opinions, perceptions et expériences des acteurs et bénéficiaires).

Sa mise en œuvre a mobilisé vingt et deux un (22) agents qui se décomposent en 16 investigateurs dont trois (03) agents de la Croix Rouge et treize (13) venant des formations sanitaires ; quatre superviseurs DS dont 1 de la Croix Rouge, un (01) Superviseur de la DRS, et enfin un Coordonnateur district

L'équipe a bénéficié d'une assistance à distance du CMN.

Les deux (02) premiers jours du 13 au 14 Janvier ont été consacrés à la formation sur la méthodologie et l'organisation du SQUEAC sur le terrain. Par la suite, trois enquêtes terrains (enquête qualitative, enquête sur petite zone et enquête sur grande zone) ont été réalisées.

Au total 68 personnes (acteurs et bénéficiaires) ont été interviewées lors de l'enquête qualitative dans trente et deux (32) villages en prenant le soin de faire figurer les villages où les admissions où les abandons sont bons ou mauvais. Ces critères ont été conservés pour vérifier à travers une enquête sur petite zone si la couverture selon les données de routine est en accord avec les résultats de la recherche active des cas dans huit (08) villages ciblés. Il ressort que parmi ces cas dans huit (08) villages, certains dont la couverture, en termes d'admission sur la base des données de routine, était jugée bonne, ont connu une situation contraire lors de l'investigation sur petite zone. Ce qui a valu la réalisation d'une enquête sur grande zone sur la base d'un échantillonnage

aléatoire systématique de seize (16) villages pour mieux apprécier la couverture globale de la PCA au sein du DS de Djibo.

Tout ce processus a permis d'estimer les trois (03) types de couvertures spécifiques à la SQUEAC qui sont :

- La couverture à priori qui est obtenue en traduisant numériquement les connaissances sur la couverture (les barrières et les points forts identifiés pendant l'enquête qualitative.
- L'évidence vraisemblable (actuelle) est le résultat de l'enquête entamée sur grande zone et nous donnent une valeur probable de la couverture.
- La couverture à postériori est obtenue en utilisant les données issues de la couverture à priori (les valeurs α et β) et de l'évidence vraisemblable (nombre de cas couverts et nombre de cas devant être couverts). La couverture est automatiquement générée par le logiciel BAYES. Selon que l'évidence vraisemblable considérée soit pour la période ou pour le moment (actuel) de l'enquête de grande zone, on obtiendra une couverture globale à postériori correspondante.

Pour le DS de Djibo, les couvertures globales obtenues sont les suivantes :

- Couverture actuelle : 51.2% (42.5% - 59.9%)
- Couverture de la période: 60.7% (52.7% - 68.2%).

La couverture période est très satisfaisante car dépasse largement les normes internationales minimales pour le contexte rural. Par contre, la couverture actuelle est légèrement au-dessus de la norme de 50%. Tel que mentionné, ces données semblent indiquer une baisse dans les activités de dépistage/référence au moment de l'investigation.

Les principaux boosters identifiés sont :

- Bonne connaissance de la malnutrition
- Bonne appréciation des services par les bénéficiaires
- Dynamisme des acteurs dans la lutte contre la malnutrition

Des barrières ont été aussi relevées dont les principales sont :

- Faible accessibilité des services (distance, moyen de transport, barrières géographiques...)
- Faible connaissance du programme PCA
- Insuffisance de communication entre bénéficiaires et prestataires

Les équipes d'investigation ont formulé des recommandations pour faire face aux barrières identifiées et améliorer ainsi la couverture dans les différentes zones :

- Créer des sites avancés de prise en charge de la malnutrition
- Vulgariser le programme auprès des populations par des émissions radio et le plaidoyer auprès des leaders communautaires
- Renforcer les messages clés à la mère/accompagnatrice dès l'admission.
- Par ailleurs, les outils fournis par la méthode SQUEAC ont été bien reçus et devraient être intégrés dans les outils courants de suivi et d'évaluation.

En conclusion, nous estimons que les résultats sont appréciables.

OBJECTIFS DE LA SQUEAC

OBJECTIF GENERAL

La présente investigation visait à mesurer la performance de la PCA du DS de Djibo et d'évaluer sa couverture pour la période de janvier à septembre 2014.

OBJECTIFS SPECIFIQUES:

- Renforcer les compétences des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la PCMA sur l'exécution d'une investigation de la couverture de la PCA.
- Mesurer les performances de la PCA.
- Identifier les points forts (Boosters) et les points à améliorer (Barrières) de la PCA.
- Estimer la couverture globale.
- Formuler des recommandations/suggestions.

INTRODUCTION:

La PCMA est une méthode originale qui continue de faire ses preuves dans la lutte contre la malnutrition aiguë sévère qui affecte environ 20 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. Elle combine l'administration de soins de santé à base communautaire aux enfants souffrant de malnutrition aiguë et le traitement en milieu hospitalier.

Une déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Programme alimentaire mondial (PAM), du Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (SCN) et de l'UNICEF publiée en 2007 apporte de nouvelles preuves que les trois quarts des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère, ceux qui ont un bon appétit et ne souffrant pas de complications médicales peuvent être traités à domicile à l'aide d'aliments thérapeutiques hautement fortifiés prêts à l'emploi.

La mise en œuvre à grande échelle et combinée de manière appropriée avec un traitement en milieu hospitalier des enfants qui présentent des complications, la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère sans complications peut permettre d'éviter chaque année la mort de centaines de milliers d'enfants. Cette méthode a déjà permis d'améliorer considérablement les taux de survie d'enfants sévèrement malnutris dans des situations d'urgence survenues dans des pays tels que l'Ethiopie, le Malawi, le Niger et le Soudan. Elle permet d'atteindre de nombreux enfants atteints de malnutrition aiguë sévère qui vivent dans des communautés non touchées par des situations d'urgence.

Au Burkina Faso, les autorités sanitaires ont fait de cette nouvelle modalité de prise en charge de la malnutrition une priorité en l'expérimentant d'abord à travers des CSPS sites pilotes dans les districts sanitaires à forte prévalence de la malnutrition, dont celui de Djibo. Au regard des nombreux succès engrangés dans la lutte contre la malnutrition, il a été décidé du passage à l'échelle nationale depuis 2011 en impliquant l'ensemble des formations sanitaires périphériques du pays grâce au soutien de l'UNICEF et d'autres ONG qui œuvrent pour le bien-être des enfants.

C'est ainsi que la Croix Rouge appuie depuis 2007 le DS de Djibo dans la mise en œuvre de la PCMA. En effet, de nombreux efforts ont été consacrés dans l'amélioration de la prise en charge qui sont entre autres

- L'organisation des campagnes de dépistage de masse (screening),
- la gratuité de la prise en charge pour les soins médicaux des enfants malnutris MAS et MAM,
- la construction de centre d'accueil pour nutrition (CAPN) dans vingt et trois (23) villages géré chacun par six (06) membres du comité villageois de nutrition (CVN) afin d'assurer la PEC des MAM et le suivi de certains cas MAS au niveau village,
- le renforcement des compétences des agents de santé et acteurs communautaires, le renforcement en matériels techniques et outils des CSPS et CAPN,
- la mise en place d'un système de motivation des agents communautaires œuvrant dans la nutrition (FBR communautaire),
- et l'intensification de la communication et de la sensibilisation.

L'efficacité d'une intervention sanitaire et nutritionnelle est le résultat de l'efficacité clinique, exprimée par le taux de guérison des bénéficiaires, ainsi que par le taux de couverture qui est la capacité de l'intervention à atteindre tous les bénéficiaires affectés par une condition spécifique. La couverture est le déterminant le plus important de l'efficacité de la stratégie de la PCMA. L'existence de barrières affecte négativement la capacité de couverture de l'intervention. L'outil appelé Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture, l'acronyme anglais « SQUEAC », a récemment été développé afin de fournir une méthode efficace et précise pour identifier les barrières d'accessibilité au service PCA et estimer la couverture dans les contextes de non-urgence. Cet outil a été utilisé à cet effet pour estimer la couverture de la PCMA et identifier les éventuelles barrières d'accessibilité dans le district sanitaire de Djibo. Les activités sur le terrain se sont déroulées du 13 au 29 Janvier 2015.

CONTEXTE

APERÇU DE LA ZONE

Le District Sanitaire de Djibo, situé au Nord du Burkina Faso, entre le 13ème et le 14ème parallèle, dans la ceinture méningitique, couvre une superficie de 12 273 km². Il fait partie des quatre (04) districts sanitaires de la DRS du Sahel. Djibo, le chef-lieu de la province est situé à 200Km de Dori (chef-lieu de la région). IL est limité:

- A l'Est par les districts sanitaires de Dori et de Gorom-Gorom,
- A l'Ouest par le district sanitaire de Titao,
- Au Sud par le district sanitaire de Kongoussi,
- Au Sud-Est par le district sanitaire de Barsalgo,
- Au Nord par le district de Douentza et de Koro dans la région de Mopti en République du Mali.

Le relief forme un petit massif de plaine sablonneuse, qui s'étend du centre vers la frontière du Mali dans la partie Nord-Est, on y rencontre des alignements de collines constituées de roches dures shisto-gréseuses et granitiques. La partie centre-est est essentiellement latéritique. Le climat est de type sahélien, deux (02) saisons s'alternent :

Une saison pluvieuse de Juin à Août avec une pluviométrie faible. En effet, en 2014 les hauteurs d'eau se chiffrent à 440 mm en moyenne et le nombre de jours de pluies est de 40 (Source : DPARH 2014).

Une saison sèche de Septembre à Mai avec des vents d'harmattan chargés de poussière de sable.

Les amplitudes thermiques à l'ombre sont très variables. Les températures maximales atteignent 45°C en Avril et les minimales 13°C en Décembre et Janvier (Source : DPARH 2014).

Le couvert végétal caractéristique est la steppe arborée et/ou arbustive selon qu'y dominant des petits arbres ou des arbustes, souvent épineux et pour la plupart rabougris du fait de la sévérité du climat et du surpâturage.

L'hydrographie dans le DS est caractérisée par l'existence de quelques barrages et mares dont les permanents sont les barrages de Djibo, Gomdé, Sergsouma, Soum-Bella et de Boukouma ainsi que des étendues d'eau de surface temporaires servant d'eau de boisson et d'abreuvement pour le bétail.

La Province compte neuf (09) départements, 219 villages administratifs. Elle compte aussi une (01) commune urbaine (Djibo) et huit (8) communes rurales. Ces communes correspondent aux 9 départements qui sont : Aribinda, Baraboulé, Diguel, Djibo, Kelbo, Koutougou, Nassoumbou, Pobé-Mengao et Tongomayel. La population totale est estimée à 442973 habitants en 2015 dont 82 208 enfants de 0-59 mois et une densité moyenne de 34 habitants au km². Le taux d'accroissement naturel est de 3,28 %. La répartition selon le sexe montre une très faible prédominance des femmes (50,3%) sur les hommes (49,7%).

SITUATION NUTRITIONNELLE :

L'insécurité alimentaire est quasi-permanente au Burkina Faso. Les mauvaises récoltes de l'année dernière ont entraîné une crise alimentaire au Burkina Faso avec une situation très préoccupante dans la partie sahélienne du pays. Le déficit céréalier et le passage des oiseaux migratoires en Septembre-octobre 2014 laissent entrevoir une potentielle crise alimentaire. La province du Soum, que représente le district sanitaire de Djibo fait partie des provinces déficitaires où l'on s'attend à une augmentation de la prévalence de la malnutrition.

Selon, l'enquête SMART de 2013, la prévalence de la malnutrition aigüe sévère chez les moins de 5 ans dans le DS de Djibo est de 0.9%. De là, on estime à 2 028 cas de MAS attendus pour l'année 2014 dont 1521 cas attendus ajustés pour la période de 9 mois si on considère une incidence de 2.6. Nous nous référons au Guide de Gestion et de Suivi de la PEC de la Malnutrition Aigüe au Burkina Faso (Mai 2011) pour l'estimation des cibles attendues.

Les données de routine des formations sanitaires révèlent déjà 3 322 nouveaux cas de MAS de janvier à septembre 2014. Nous constatons une grande variation entre le total des cas réels de nouvelles admissions MAS et les cas attendus, soit une couverture de

218% contre 222% pour la même période en 2012. Il faut aussi considérer l'impact de la crise céréalière de cette année sur l'ampleur de malnutrition quand on sait que les faibles ressources financières des populations pourraient influencer l'accès aux produits vivriers. Les ventes des vivres à prix social ou leur octroi aux personnes indigentes décidé par l'Etat n'ont pas pu satisfaire convenablement l'ensemble des besoins.

APPUI DE LA CROIX ROUGE A LA PCMA DU DS DE DJIBO.

L'appui de la Croix Rouge à la PCMA dans le DS de Djibo est matérialisé par un projet de prise en charge communautaire de la nutrition ayant pour but de contribuer à réduire la mortalité infantile liée à la malnutrition et aux maladies associées. Ce projet, mis en œuvre conjointement avec la Croix-Rouge de Belgique, a débuté en juin 2007 et a connu diverses phases depuis sa première mise en œuvre.

Il se fixe pour objectif spécifique d'améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des enfants, des femmes enceintes, des mères allaitantes et des femmes en âge de procréer, de contribuer à prendre en charge les enfants malnutris aigus de 6 à 59 mois, et de mettre en place des mécanismes communautaires de détection, de prévention et de prise en charge de la malnutrition dans les trente et quatre (34) aires de santé des CSPS.

De façon opérationnelle, l'appui de la Croix Rouge pour la mise en œuvre de la PCMA au DS de Djibo, est concrétisé à travers les principales activités suivantes :

- Le renforcement des compétences des agents de santé et agents communautaires
- L'instauration de la gratuité des soins médicaux aux bénéficiaires des enfants malnutris
- Le renforcement en matériels et en outils nécessaires à la PCMA dans les centres de santé et au niveau communautaire
- L'appui au district dans les activités de supervision
- L'appui et l'encadrement des acteurs communautaires par les agents superviseurs de la CR en collaboration avec les agents de santé
- La mise en place de CAPN dans vingt et trois (23) villages
- Le financement basé sur les résultats au profit des ASBC (FBR nutrition communautaire)

- L'appui logistique pour le ravitaillement en intrants
- L'appui aux activités de sensibilisation.

APERÇU DE LA PCMA

Le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë comprend quatre principales composantes : le volet communautaire, le centre de prise en charge nutritionnelle en ambulatoire (PCA), le centre de prise en charge nutritionnelle supplémentaire (PNS ou PEC MAM) et le centre prise en charge nutritionnelle en interne (PCI).

La PCMA est intégré au système national de santé conformément aux directives et protocole national. Cependant dans certains districts sanitaires, comme à Djibo, des ONG ou Associations apportent leur contribution (financière ou technique) pour appuyer le DS à rendre le service plus accessible et de qualité.

STRUCTURE DE LA PCMA AU DS DE DJIBO

La PCMA est mise en œuvre sur l'ensemble du DS de Djibo à travers ses 219 villages avec autant d'hameaux de culture. Ces 219 villages et hameaux de cultures sont répartis dans 34 CSPS, incluant un CM. On note dans 12% des villages (23/198) bénéficient de CAPN gérés par 6 membres CVN chacun, à la différence des autres villages restants où seulement les ASC (en moyenne 2 par village) réalisent les activités communautaires dans des conditions plus difficiles.

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Le terme « mobilisation communautaire » fait référence ici aux activités qui visent à obtenir l'adhésion et la participation de la communauté au programme nutritionnel.

Le réseau communautaire intervenant dans la mise en œuvre de la PCMA est composé de membres des Comités Villageois de Nutrition (CVN) qui animent les CAPN (Centre d'Accueil Pour Nutrition) et d'Agents de Santé Communautaires (ASC). L'ensemble de ces volontaires forment le réseau d'Agents de Santé à base Communautaires (ASBC). Et certains membres CVN sont des ASC.

Le DS de Djibo dispose au total de **402** ASC et **138** membres CVN avec quelques fois des ASC qui sont aussi membres CVN. Ceux-ci utilisent couramment le MUAC et la présence ou non d'œdème pour le dépistage. Tous les cas sont systématiquement référés au

CSPS pour confirmation du diagnostic de la malnutrition aigüe et pour débiter le traitement.

Ce réseau communautaire est recyclé au moins une fois par an et est régulièrement supervisé par les agents des CSPS et du projet. Leur aptitude à mener les activités nutrition est appréciable mais leur âge souvent avancé, le faible niveau d'instruction et la prolifération des sites d'orpaillage artisanaux constituent des facteurs limitant leur rendement.

Le rôle du réseau communautaire dans la lutte contre la malnutrition est la mobilisation sociale, la sensibilisation, le dépistage actif, le suivi des enfants admis au programme et l'éducation sanitaire et nutritionnelle.

Pour le cas spécifique des CAPN, on y pratique les activités de suivi de la croissance des enfants, les démonstrations de la préparation de la bouillie enrichie ainsi que le suivi des enfants MAM (à compter de 2014).

Les principaux thèmes développés lors des séances d'éducation nutritionnels sont :

- Les signes de la malnutrition,
- Les causes de la malnutrition,
- Les groupes d'aliments,
- L'allaitement maternel jusqu'à 6 mois,
- L'alimentation de complément après 6 mois,
- L'alimentation de l'enfant malade,
- L'hygiène des mains, des aliments et de l'environnement.

On note aussi la contribution de certaines associations locales (UNIGED SOUM, Association Hygiène et Assainissement, APN SAHEL...) dans la mise en œuvre des activités communautaires, notamment le dépistage et la référence des cas de malnutrition, ainsi que la sensibilisation.

PROGRAMME DE NUTRITION SUPPLEMENTAIRE

Il s'agit de la prise en charge des enfants âgés de 6 à 59 mois qui souffrent de malnutrition aiguë modérée sans complications médicales ainsi que les femmes enceintes et allaitantes MAM. Notons que dans les 23 CAPN, cette activité était régulièrement menée grâce aux efforts conjugués de la Croix Rouge et du PAM. Mais la

convention est arrivée à son terme en janvier 2014. De fait, la fonction PNS des CAPN est directement orientée vers les FS de tutelle.

Spécifiquement pour cette année, les activités PNS couvrent l'ensemble du district sanitaire.

Les critères d'admission pour les enfants de 6 à 59 mois sont : $P/T > -3$ z-scores et < -2 z-scores ou un PB ≥ 115 mm et < 125 mm.

PROGRAMME THERAPEUTIQUE AMBULATOIRE

Ce programme prend en charge les enfants âgés de 6 à 59 mois qui souffrent de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales grâce au soutien de l'UNICEF. Les femmes enceintes et allaitantes avec malnutrition sévère (PB < 180 mm) devraient aussi faire l'objet d'un suivi au niveau des CNA, selon la disponibilité des ressources et la capacité du personnel à gérer un nombre important de cas. Les critères d'admission pour les enfants de 6 à 59 mois sont : indice $P/T < -3$ z-scores, ou PB < 115 mm sans œdèmes bilatéraux ni complications médicales. Ces enfants doivent aussi avoir un bon appétit.

Le DS de Djibo compte aujourd'hui trente-quatre (34) Centres PCA.

CREN/CENTRE DE STABILISATION/PCI

Il s'agit du traitement des enfants de 0 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. Pour les enfants de moins de 6 mois ou ayant moins de 3 Kg, les critères d'admission sont un indice $P/T < -3$ z-scores ou œdèmes bilatéraux (+, ++ ou +++) ou bien l'enfant ne prend pas de poids à la maison. Pour ceux âgés de 6 à 59 mois, les critères d'admission sont soit un indice $P/T < -3$ z-scores ou des œdèmes bilatéraux grave + ou ++ ou un PB < 115 mm et présence de complications médicales ; soit des œdèmes bilatéraux grade +++ ou kwashiorkor-marasmique, même en l'absence de complications médicales. Le DS de Djibo dispose de 02 Centres PCI (CMA, OCADES) opérationnels. En plus des soutiens de l'UNICEF, ces centres reçoivent l'appui de Médecin du Monde France.

OUTILS, MÉTHODES ET PRINCIPES.

Il existe différentes méthodes pour évaluer les couvertures de la PCA. Parmi elles, la SQUEAC offre beaucoup plus d'avantages comme illustrés dans le tableau suivant.

Tableau : Aperçu des principales méthodes pouvant être utilisées pour l'évaluation de la PCA

Méthode	Date	Taille	Résultats
ESZC/CSAS	2002	Petite et grande zone	Informations limitées sur les barrières à l'accessibilité Estimation locale (cartographie) et globale de la couverture. Un peu dispendieux comme activité de routine de suivi.
SLEAC	2008	Petite et grande zone Méthode rapide	Informations limitées sur les barrières à l'accessibilité. Classification de la couverture au niveau de l'unité de service. Possible de faire une estimation et une cartographie de la couverture sur une grande zone. Conçue pour un suivi moins dispendieux
SQUEAC	2008	Petite zone Investigation approfondie Méthode semi-quantitative.	Analyse détaillée des barrières et points forts pour la couverture. Estimation de la couverture avec la méthode Bayésienne. Cartographie de risque. Gamme d'outils conçus pour le suivi régulier d'un programme.
S3M	2010	Très grande zone	Informations limitées sur les barrières à l'accessibilité. Estimation globale de la couverture Cartographie détaillée de la couverture

Le DS de Djibo a utilisé la méthode SQUEAC pour son évaluation pour l'année 2014.

OUTILS

C'est une investigation basée sur l'enquête de couverture par le SQUEAC qui est une combinaison de collecte de données quantitatives et qualitatives.

Elle vise à faire un rapprochement entre les informations statistiques de routine et les informations collectées sur le terrain auprès des acteurs et bénéficiaires de la PCA.

Grâce au soutien de la CR, cette enquête constitue la 2^{ème} après celle de 2012 réalisée par le DS de Djibo.

METHODE UTILISEE POUR L'ENQUETE DE COUVERTURE

La méthode de l'enquête de couverture a été développée dans le but de fournir une méthodologie simple, efficace et précise pour l'identification des barrières et leviers d'accessibilité aux services, notamment au service PCA, puis d'estimer la couverture dans un contexte de non urgence.

Il ne s'agit pas ici d'évaluer de façon exhaustive l'ensemble des villages des CSPS, mais plutôt, choisir un échantillon de villages géographiquement représentatifs pour une investigation rapide et précise.

PRINCIPES DE L'ENQUETE

La réalisation de cette investigation s'est nécessairement articulée autour des composantes suivantes :

- Les sources d'informations: ASC et CVN, les TPS, les mères, les chefs des villages, les agents de santé, etc.
- Les méthodes de collecte de l'information: Focus groupes, entretiens semi structuré, etc.
- La triangulation des informations recueillies: les informations ont été validées par différentes sources et recueillies avec différentes méthodes de collecte de données.

L'exercice se termine lorsqu'il y a redondance entre les informations recueillies à partir de différentes sources et différentes méthodes.

RESULTATS DE LA PRECEDENTE ENQUETE DE COUVERTURE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE DJIBO EN 2012 (SQUEAC)

Mode= couverture à priori= $56.5\% \approx 57\% = 0.57$

Maximum=Mode+20%= $0.57+0.20=0.77$

Minimum=Mode-20%= $0.57-0.2=0.37$

Donc $\alpha=17.5$ et $\beta=13.2$

Les valeurs de la couverture actuelle et de la couverture de la période obtenues au cours du développement de l'évidence vraisemblable ont été saisies dans le calculateur SQUEAC (numérateur et dénominateur des couvertures). La figure qui suit illustre ce processus et indiquent les valeurs de la probabilité à posteriori.

Couverture période à postériori =53.4% [42.3%-63.8%]

On remarque que la couverture à priori (56.5%) est supérieure à celle estimée à postériori (53.4%). Cela peut expliquer une surestimation de l'influence des éléments qui augmentent la couverture au détriment des éléments qui tendent à la faire baisser. En d'autres termes la PCA, au moment de l'évaluation a plus de difficultés que ce à quoi on s'attendait.

Récapitulatif des différentes couvertures en 2012.

Type de couverture	Priori	Evidence vraisemblable	Posteriori
Valeur	56.5%	51.02%	53.4%
Norme DS rural	50%	50%	50%
Observation	Acceptable	Acceptable	Acceptable

La couverture globale est satisfaisante conformément aux standards SPHERE pour un district en zone rurale ayant commencé la mise en œuvre de la stratégie PCMA en 2011.

PROCESSUS D'ENQUETE EN 2014

ÉTAPE 1 : identification des zones de fortes et de faibles couvertures et les barrières à l'accessibilité du programme de prise en charge de la malnutrition

En vue d'identifier les zones de fortes et de faibles couvertures, une collecte des données quantitatives sur les admissions et les abandons par village durant la période de janvier à septembre 2014 a été faite sur l'ensemble des 34 CSPS du district sanitaire (DS) de Djibo. Le choix de la période a été guidé par le souci de comparer les résultats de la présente enquête à ceux de la SQUEAC 2012 qui avait couvert cette période. Aussi, notons que par souci de fiabilité, le service des statistiques du DS a jugé utile de collecter les données d'admissions et d'abandons à partir des sources primaires dans les CSPS.

En outre les données manquantes telles que le PB à l'admission, les admissions par mode, la durée de séjour avant l'abandon, les références et contre-références ainsi que les décès ont été collectées.

Concomitamment, les investigateurs ont durant cette première étape, recueilli les perceptions, les opinions et les expériences des personnes clés dans la mise en œuvre du programme : agents de santé, agents communautaires, leaders d'opinion et mères de bénéficiaires. Ces données qualitatives ont été organisées en boosters et barrières puis analysées selon leur fréquence par personne clé.

Un recoupement de toutes ces données et informations ont abouti à l'identification des zones de forte et de faible couverture puis à la formulation d'hypothèses.

DONNEES QUANTITATIVES :

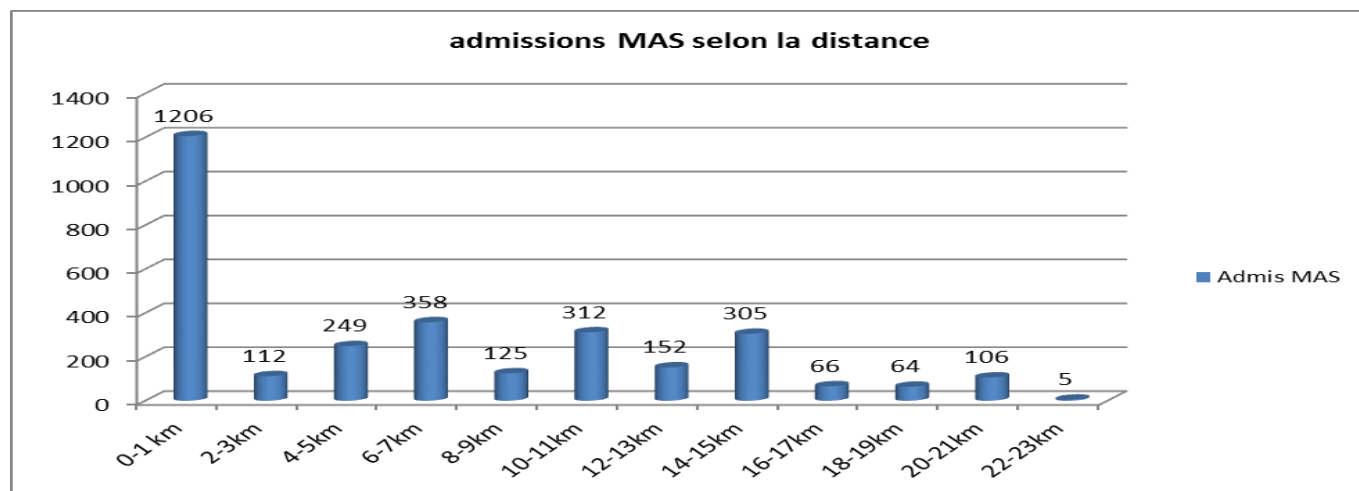
Analyse de traitement de la carte :

A défaut d'une carte fiable de la province, l'analyse des données d'admission et d'abandon a été faite sur la base de la distance du village d'origine des cas aux CSPS.

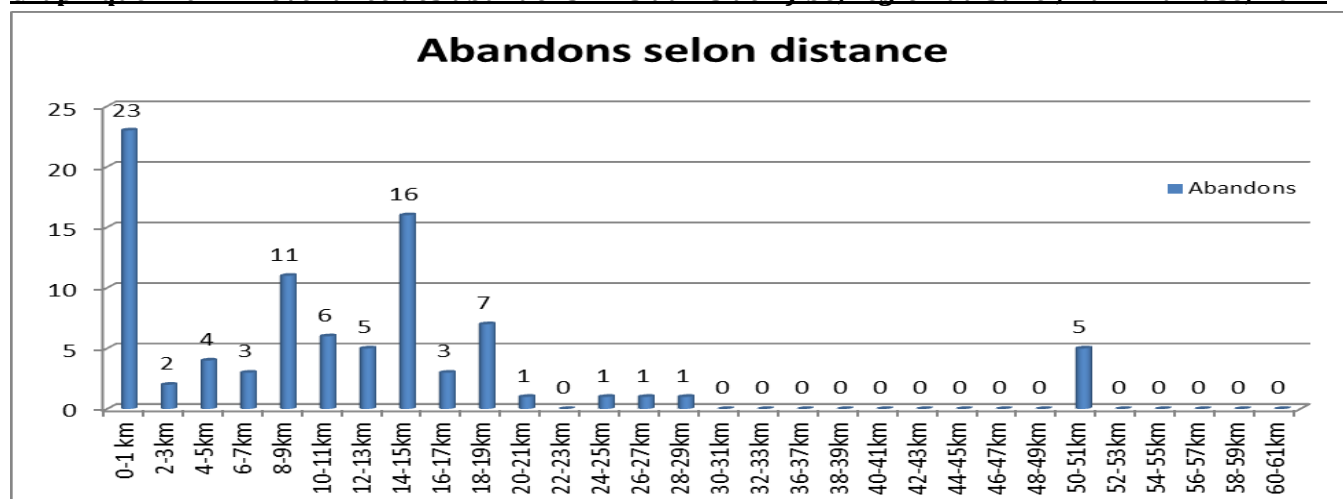
Ainsi, l'on a noté que :

- les admissions sont concentrées dans un rayon de 7 km du CSPS (**53%**). Toutefois des patients viennent des villages éloignés de 40 km (voir graphique n°01).
- et les abandons sont plus élevés (**78%**) chez les cas provenant de plus de 10 km (graphique n°2).

Graphique n°01 : Provenance des admissions MAS du DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2014



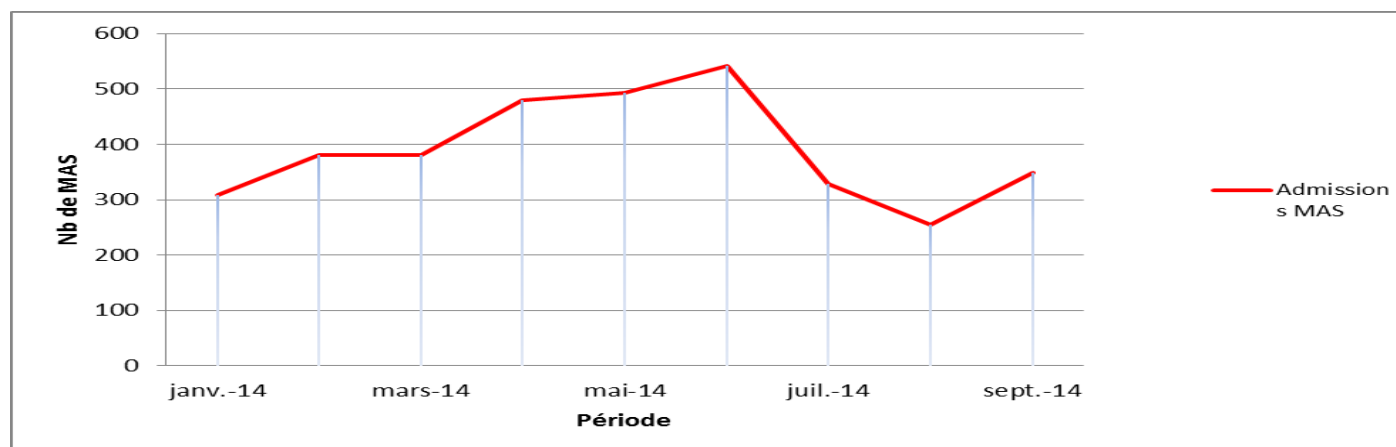
Graphique n°02 : Provenance des abandons MAS du DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2014



Tendances en termes d'admission :

Avec une moyenne mensuelle de **402** cas, la tendance des admissions MAS dans le DS de Djibo a varié en trois temps sur la période de janvier à septembre 2014. En effet, durant le premier trimestre de l'année, la courbe des admissions avait une allure presque monotone avant de connaître une ascension timide en Avril, un pic en juin puis un déclin à partir de juillet avec son plus bas niveau en Août.

Graphique N°03: tendance des admissions MAS du DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2014.



Calendrier saisonnier (voir en annexe):

En vue de comprendre les variations de l'allure de la courbe des admissions et des abandons, un calendrier saisonnier a été rempli aux niveaux communautaires (villages et CSPS). Les faits importants ayant influé positivement ou négativement sur les admissions et les abandons sont entre autres :

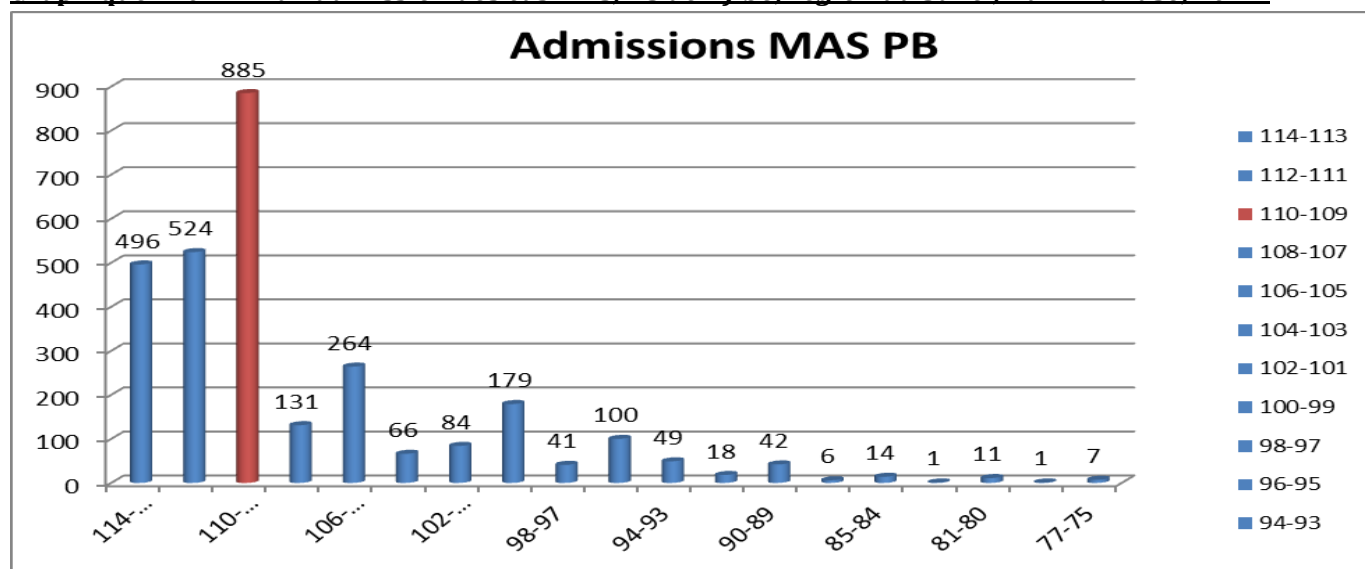
- les migrations des populations vers les autres aires sanitaires parfois hors du district voire du pays (vers le Mali) à compter du mois d'Avril,
- les saisons de pluies qui rendent les CSPS inaccessibles entre juillet et août,

- les travaux champêtres qui occupent les parents d'enfants de Mai à Septembre,
- la prolifération du paludisme entre juin et Octobre,
- les maladies diarrhéiques saisonnières et les IRA qui sont observées chez les enfants entre décembre et mars,
- la période de soudure s'étend d'avril à septembre,
- la mise en place du dépistage en stratégie avancée de juin à août,
- l'existence d'un système de motivation des agents communautaire : Financement Basé sur les Résultats (FBR nutrition communautaire).

PB ou œdème à l'admission

Le PB à l'admission des cas MAS se situe en majorité (31%) entre **109** et **110** mm avec **08%** de cas dépistés en dessous de 100 mm. Ce qui suggère un dépistage tardif.

Graphique N°04: PB à l'admission des cas MAS, DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2014.



Les admissions par œdèmes n'ont pas été rapportées mais le nombre de cas admis par ce critère est négligeable dans la région du Sahel ces dernières années.

Référence et contre-référence :

Parmi les MAS admis au programme, **5%** ont été référés en soins hospitalisés et **52%** ont été réadmis dans le programme ambulatoire après leur sortie de la PCI. Les mères qui n'y retournent pas estiment que l'état de leur enfant est satisfaisant.

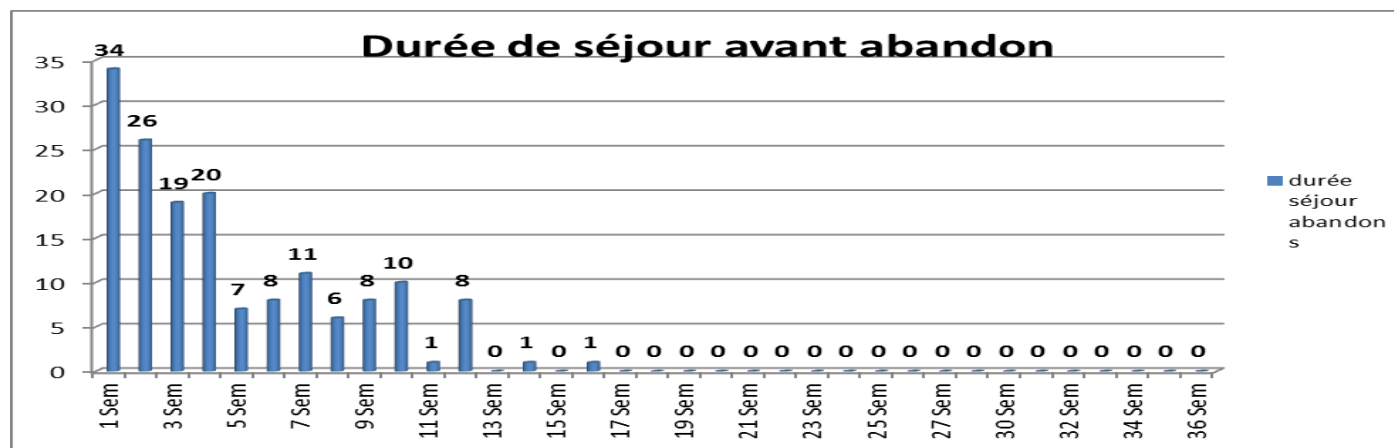
Distance du centre de traitement :

La distance séparant les centres de santé des villages d'origine a été évaluée en kilomètre selon le circuit du district avec un rayon moyen d'action de **10,5** km (voir graphique n°1). Mais les mères des cas non couverts ont pu estimer cette distance en temps de marche et la moyenne est de **4** heures.

Cas d'abandon :

La répartition des abandons selon leur durée de séjour montre une tendance à l'abandon précoce. En effet, **69%** des abandons ont lieu dans le 1^{er} mois de suivi et parmi eux, **34%** le sont après la 1^{ère} visite.

Graphique N°05: répartition des abandons MAS selon leur durée de séjour, DS de Djibo, Burkina, 2015.



Durée du séjour :

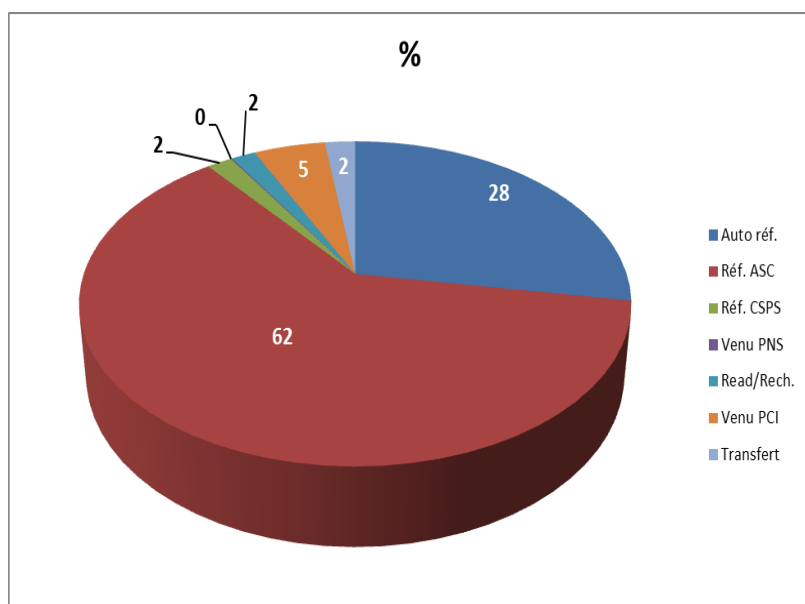
La durée moyenne de séjour (DMS) des cas MAS guéris est élevée dans le DS de Djibo. En effet, si quelques CSPA présentent une DMS relativement acceptable (56 jours), les cas de MAS séjournent souvent longtemps dans la majorité des centres avant d'être déclarés guéris ; ce qui donne une moyenne de **70** jours à l'échelle du district. Et cette durée de séjour jugée longue nous a conduits lors de l'estimation de la couverture à postériori à considérer la couverture actuelle en défaveur de la couverture période.

Tendances en termes de résultats :

Les admissions MAS dans le DS de Djibo sont globalement satisfaisantes avec des variations liées aux événements saisonniers et aux stratégies développées par le programme (pic en juin et chute drastique en Août). Les CSPA ayant un rayon d'action réduit ont une couverture théorique élevée. Mais les abandons sont précoces (**34%** dès la 1^{ère} visite) et proviennent des zones éloignées (**78%**).

Cartographie des admissions/ mode

Graphique N°06: Mode d'admission des cas MAS, DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2014.



DONNEES QUALITATIVES

Cadre d'échantillonnage qualitatif :

Les participants aux entretiens pour la collecte des données qualitatives ont été sélectionnés de façon raisonnée de sorte à avoir une représentation géographique de chaque personne clé. Pour ce faire, dans chaque commune les investigateurs ont rencontré au moins une fois chaque cible en utilisant la technique appropriée :

Echantillonnage pour les entretiens

Personnes cibles	Aires sanitaires	Nombre de personnes	Dont femmes	Technique de collecte de l'information
Grand-mères	Yalanga, Pobé-Mengao, Gait N'Gota, Pétégoli, Sona, Tondiata, Taouremba,	07	07	Entretiens individuels
Mères d'enfants MAS	Tondiata, Filio, Djika, Baraboulé, Koutougou, Bouro, Bougué,	07	07	Entretiens individuels et Focus groups
Communauté	Tondiata, Gargaboulé, Gassel-Tépaoua, Sikiré, Ouindoupoli	35	20	Focus groups
Leaders religieux, politiques	Secteur 3 Djibo, Djao-Djao, Baraboulé, Pobé-Mengao, Sikiré	05	00	Entretiens individuels
ASBC	Bossey, Kobaoua, Bougué, Badnogo, Arbinda, Tongomayel, Kourfadji, Gomdé,	08	00	Entretiens individuels
TPS/guérisseur	Tondiata, Nassoumbou, Diguel,	03	00	Entretiens individuels
Agents de santé	Tondiata, Dankanao, Gasseliki, Baraboulé, Kobaoua, Béléhédé, Djao-Djao,	07	04	Entretiens individuels
Total		67	34	

Outils de collecte et validation des données qualitatives:

Un guide d'entretien par cible a été utilisé (voir en annexe).

L'information est validée quand elle provient de plusieurs sources ; quel que soit la technique de collecte.

Codification des personnes clés interrogées :

Personne clé	Communauté = Cté	Leaders ctaires =LC	TPS / Guérisseur =TPS	ASC/RC/ CVN =RC	Mères = M	Grand-mères =GM	Agent de santé = AS		
Méthode	Entretien Individuel = EI	Focus Group = FG							

Boosters :

Boosters	source	Méthode de collecte
Bonne connaissance de la malnutrition	1*RC, 10*TPS, 1*AS, 4*M, 12*GM, 5*LC, 4*Cté	EI, FG
Prestataires formés sur la PECMA	4*RC, 1*TPS, 3*AS,	EI
Disponibilité des outils de PEC de la MA au niveau CSPS	2*RC, 1*TPS, 1*AS, 1*Cté	EI, FG
Disponibilité et gratuité des intrants MAS	1*RC, 2*AS,	EI
Dynamisme des acteurs dans le dépistage et le suivi	8*RC, 4*TPS, 6*AS, 4*M	EI
Liens fonctionnels entre les CSPS et les communautés	2*RC, 1*TPS, 1*AS,	EI
Bonne appréciation des services de PECMA	1*RC, 4*AS, 1*M, 6*GM, 4*LC, 5*Cté	EI, FG
Dépistage communautaire par les acteurs locaux	1*RC, 2*TPS	EI
Dépistage continu aux CSPS	1*RC, 2*TPS, 3*AS	EI

Barrières :

Boosters	source	Méthode de collecte
Insuffisance d'équipement des ASBC	8*RC, 1*TPS, 1*AS, 1*LC	EI,
Insuffisance de motivation financière (des ASBC et des agents CSPS)	6*TPS, 2*AS	EI
Rupture d'intrants nutritionnels	1*AS, 4*M, 1*LC	EI
Insuffisance en RH dans les centres de santé	2*AS, 1*M	EI
Insuffisance de communication avec les bénéficiaires	2*RC, 1*TPS, 2*AS, 5*M, 3*GM, 1*LC	EI
Méconnaissance des services de PEC de la MA	1*M, 3*GM, 3*LC, 2*CtéA	EI, FG
Mauvais accueil / long temps d'attente	3*M, 1*GM, 1*Cté	EI, FG
Faible accessibilité aux services (distance/transport/mares)	6*M, 1*GM, 1*LC, 4*CtéA	EI, FG
Croyances/pratiques néfastes	1*RC, 2*TPS, 1*AS, 1*LC	EI
Etat de santé de la mère (maladie, grossesse)	1*M	EI
Occupation des mères (cérémonies, corvée d'eau, orpaillage)	6*M	EI
Faible implication des autres membres de la famille	1*M, 2*GM	EI
Transhumance / déplacement	5*M	EI

RECOUPEMENT DES DONNEES :

1. Carte conceptuelle : Relations positives et négatives entre les données :



2. Barrières/boosters :

Tableau 1 : synthèse des obstacles et des boosters, SQUEAC Djibo 2015, Burkina Faso

Boosters	ASC/RC/ CVN	TPS / Guérisseur	Agent de santé	Mère	Grand- mères	Leaders religieux/ coutumier	Comm unauté	Totaux
Bonne connaissance de la malnutrition	1	10	1	4	12	5	4	37
Prestataires formés sur la PECMA	4	1	3	0	0	0	0	8
Disponibilité des outils de PEC de la MA au niveau CSPS	2	1	1	0	0	0	1	5
Disponibilité et gratuité des intrants MAS / subvention des soins	1	0	2	0	0	0	0	3
Dynamisme des acteurs dans le dépistage et le suivi	8	4	6	4	0	4	0	26
Liens fonctionnels entre les CSPS et les communautés	2	1	1	0	0	0	0	4
Bonne appréciation des services de PECMA	1	0	4	1	6	4	5	21
Dépistage communautaire par les acteurs locaux (ASBC, TPS)	1	2	0	0	0	0	0	3
Dépistage continu aux CSPS	1	2	3	0	0	0	0	6

Barrières	ASC/ RC /CVN	TPS / Guériss eur	Agent de santé	Mère	Grand- mères	Leaders religieux/ coutumier	Com muna uté	Totau x
Insuffisance dans le renforcement des capacités des ASBC (dotation MUAC, boîte à images, moyen de déplacement et formation)	8	1	1	0	0	1	0	11
Insuffisance de motivation (des ASBC et des agents CSPS)	0	6	2	0	0	0	0	8
Rupture d'intrants nutritionnels	0	0	1	4	0	1	0	6
Insuffisance en RH dans les centres de santé	0	0	2	1	0	0	0	3
Insuffisance de communication avec les bénéficiaires	2	1	2	5	3	1	0	14
Méconnaissance des services de PEC de la MA	0	0	0	1	3	3	2	9
Mauvais accueil / long temps d'attente	0	0	0	3	1	0	1	5
Faible accessibilité aux services (distance/transport/mares)	0	0	0	6	1	1	4	12
Croyances/pratiques néfastes	1	2	1	0	0	1	0	5
Etat de santé de la mère (maladie, grossesse)	0	0	0	1	0	0	0	1
Occupation des mères (cérémonies, corvée d'eau, orpaillage)	0	0	0	6	0	0	0	6
Faible implication des autres membres de la famille	0	0	0	1	2	0	0	3
Transhumance / déplacement	0	0	0	5	0	0	0	5

Questions : Les questions soulevées

Trois principales questions ont été identifiées en recoupant les données et les informations recueillies auprès des personnes clés. Ce sont :

- la faible implication des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) dans le dépistage selon les agents des CSPS ; qui est contradictoire à la forte proportion des références communautaires (62%)
- Une bonne appréciation des services de PEC qui est dite par toutes les personnes clés à l'exception des TPS et qui se contrarie avec les abandons précoces et un ressenti de mauvais accueil par les clients,
- la faible motivation des ASBC alors qu'il existe un système de motivation : le FBR.

Ces questions ont été éclaircies lors des étapes qui ont suivi.

ETAPE 2 : confirmation des zones de faible et de forte couverture

De l'analyse croisée des données quantitatives et qualitatives se dégagent les constats suivants :

- les admissions sont plus concentrées dans un rayon de 7 km des CSPS. Alors, de fortes couvertures théoriques dans les CSPS ayant un rayon d'action réduit (moins de 10 km) ont été notées à Filio, Tondiata, Gargaboulé, Sona...
- 34% des abandons ont lieu dès après la 1ère visite
- l'insuffisance de communication a été relevée par toutes les personnes clés quelque soit le type d'entretien.

Forts de ces constats, nous avons formulé plusieurs hypothèses dont deux ont été retenues après discussion :

Formulation des hypothèses :

Hypothèse1 : les villages les plus éloignés des CSPS sont moins couverts par le programme de PEC de la malnutrition,

Hypothèse2 : l'insuffisance de communication entre bénéficiaires et prestataires est à l'origine des abandons précoces du programme.

Description de l'étude :

Pour vérifier la première hypothèse, il a été conduit une enquête sur petite zone. Pour ce faire, les investigateurs ont effectué la recherche active et adaptative des cas MAS dans huit villages échantillonnés selon la technique ci-dessous.

Et pour la deuxième hypothèse, il s'est agi de réaliser une petite étude auprès des mères d'abandon afin de confirmer ou non le lien entre les abandons précoces et l'insuffisance de communication entre les bénéficiaires et les prestataires.

Méthodologie :

La technique d'échantillonnage est le choix raisonné.

Pour confirmer les zones de fortes et de faibles couvertures, huit villages ont été échantillonnés dont quatre situés dans un rayon de plus de six (07) kilomètres. Dans le souci d'assurer une représentation géographique de l'échantillon, ces villages ont été choisis dans 08 communes sur 09 que compte la province.

Définition de cas :

Les cas devant participer à l'étude sont les enfants MAS actuels couverts ou non et ceux en voie de guérison.

-MAS actuels couverts : ce sont les enfants de 6 à 59 mois qui présentent des critères de MAS (PB moins de 115 mm ou œdèmes nutritionnels) et sont sous traitement diététique au Plumpy nut avec preuve (sachet de PPN, carnet ou carte de ration),

-MAS actuels non couverts : ce sont les enfants de 6 à 59 mois qui présentent des critères de MAS (PB moins de 115 mm ou œdèmes nutritionnels) et qui ne sont pas sous traitement diététique au Plumpy nut,

-MAS en voie de guérison : ce sont des enfants qui étaient MAS mais au moment de l'enquête ne remplissent plus les critères de MAS (PB strictement supérieur à 114 mm et sans œdèmes nutritionnels).

Résultats des données quantitatives :

Tableau N°02: résultats de l'enquête sur petite zone, DS de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, 2015.

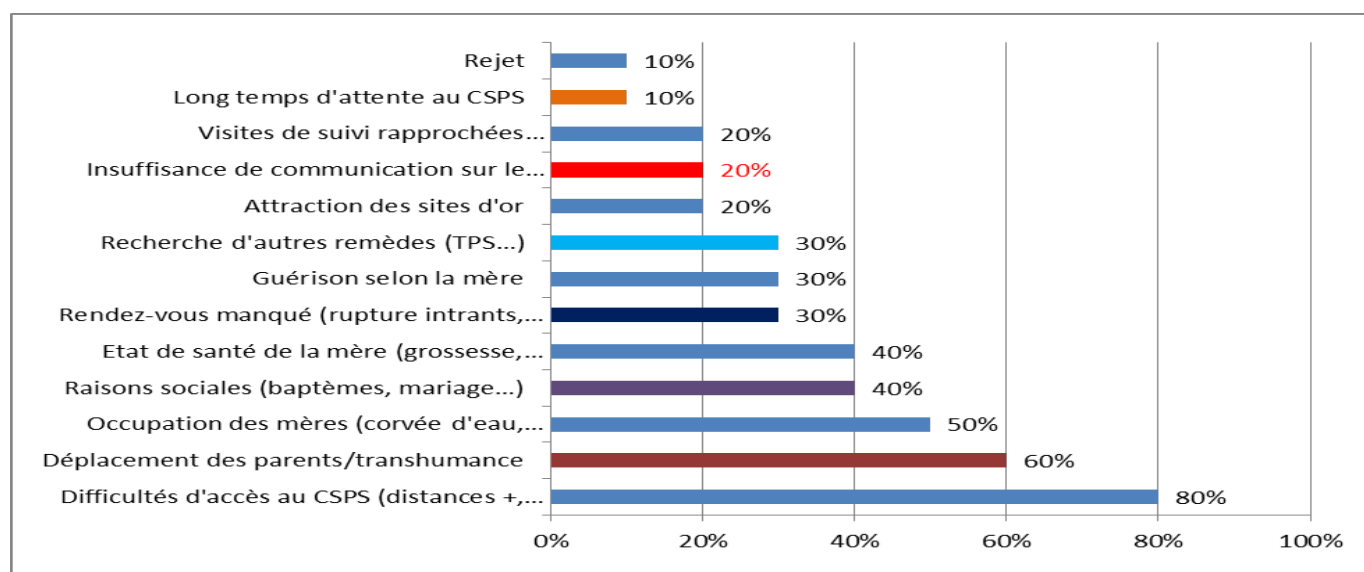
Villages cibles	Villages proches des CSPS, supposés à forte couverture		Villages éloignés des CSPS, supposés à faible couverture	
Nom du village	Arbinda	Ingani	Liki	Digatao-Rimaibé
MAS en voie de guérison	0	2	0	0
MAS couvert	3	2	2	0
MAS non couvert	0	1	0	4
Total cas actuels	3	3	2	4
Nom du village	Pétégoli	Pobémengao	Wendeboké	Mentao village
MAS en voie de guérison	3	1	0	1
MAS couvert	1	1	2	0
MAS non couvert	1	0	1	2
Total cas actuels	2	1	3	2
Total MAS couverts	7		4	
Total MAS non couverts	2		7	
Seuil de décision	4		6	
Vérification	validée car cas couverts (7) > au seuil de décision (4)		validée car cas couverts (4) < au seuil de décision (6)	
Conclusion	Hypothèse 1 confirmée			

Règle de décision LQAS :

Pour vérifier l'hypothèse1 portant sur les zones de forte et de faible couverture, nous avons appliqué la règle de décision LQAS pour chaque catégorie de villages (proches et éloignés des CSPS). Ainsi, le nombre total de cas MAS ont été multiplié par la valeur standard sphère pour le milieu rural qui est de 50%. Cela nous a permis de définir le seuil de décision pour chaque catégorie de villages.

Résultats des données qualitatives :

Graphique N°07: résultats de la petite étude sur les raisons d'abandon, DS de Djibo, Sahel, Burkina, 2015.



Rejet ou confirmation des hypothèses :

Hypothèse1 : le nombre de cas couverts dans les villages proches des CSPS est supérieur au seuil de décision, ils sont donc bien couverts globalement. A l'opposé, le nombre de cas couverts dans les villages éloignés des CSPS est inférieur au seuil de décision pour cette catégorie, donc faiblement couverts. Par conséquent, l'hypothèse 1 est confirmée.

Hypothèse 2 : par contre n'a pas été confirmée car les abandons liés à l'insuffisance de communication entre les mères d'enfants au programme et les prestataires ne représentent que 20% ; les motifs dominants étant les difficultés d'accès aux CSPS (80%), le déplacement des parents (60%) et les occupations des mères (50%).

Tableau n°3 : **Barrières et boosters pondérés**, SQUEAC 2015, Djibo, Burkina Faso

Boosters	ASC/RC/ CVN	TPS / Guéris seur	Agent de santé	Mère	Grand- mères	Leaders religieux /coutumi ers	Comm unaut é	Totau x	Poids / point s
Bonne connaissance de la malnutrition	1	10	1	4	12	5	4	37	3
Prestataires formés sur la PECMA	4	1	3	0	0	0	0	8	4
Disponibilité des outils de PEC de la MA au niveau CSPS	2	1	1	0	0	0	1	5	4
Disponibilité et gratuité des intrants MAS	1	0	2	0	0	0	0	3	3
Dynamisme des acteurs dans le dépistage et le suivi	8	4	6	4	0	0	0	0	0
Liens fonctionnels entre les CSPS et les communautés	2	1	1	0	0	0	0	4	0
Bonne appréciation des services de PECMA	1	0	4	1	6	4	5	21	2
Dépistage communautaire par les acteurs locaux (ASBC, TPS)	1	2	0	0	0	0	0	3	3
Dépistage continu aux CSPS	1	2	3	0	0	0	0	6	3

Barrières	ASC/RC /CVN	TPS / Guérisseur	Agent de santé	Mère	Grand - mères	Leaders religieux/coutumiers	Communauté	Totaux	Poids / points
Insuffisance d'équipement/ASBC (MUAC, boîte à images, moyen de déplacement, formation)	8	1	1	0	0	1	0	11	4
Insuffisance de motivation (des ASBC et des agents CSPS)	0	6	2	0	0	0	0	8	2
Rupture d'intrants nutritionnels	0	0	1	4	0	1	0	6	4
Insuffisance en RH dans les centres de santé	0	0	2	1	0	0	0	3	3
Insuffisance de communication avec les bénéficiaires	2	1	2	5	3	1	0	14	3
Méconnaissance des services de PEC de la MA	0	0	0	1	3	3	2	9	4
Mauvais accueil / long temps d'attente	0	0	0	3	1	0	1	5	4
Faible accessibilité aux services (distance/transport/mares)	0	0	0	6	1	1	4	12	3
Croyances/pratiques néfastes	1	2	1	0	0	1	0	5	4
Etat de santé de la mère (maladie, grossesse)	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Occupation des mères (cérémonies, corvée d'eau, orpaillage)	0	0	0	6	0	0	0	6	3
Faible implication des autres membres de la famille	0	0	0	1	2	0	0	3	2
Transhumance / déplacement	0	0	0	5	0	0	0	5	3

FORMATION de la probabilité a priori

Bayes – probabilité a priori :

La couverture estimée BBQ est de $((0+28) + (100-42))/2 = 43\%$.

Après avoir estimée la couverture selon les BB, nous avons procédé au calcul de la probabilité à priori en faisant la moyenne de trois valeurs que sont la couverture SQUEAC de 2012 (53.4%), la couverture de l'enquête sur petite zone (55%) et celle estimée des BBQ (43%).

Couverture à priori = $(43 + 53,4 + 55) / 3$ soit **50.46%**.

Paramètres de forme :

Pour identifier α et β , nous avons utilisé la table d'incertitude. Sachant que le DS de Djibo a déjà réalisé une SQUEAC, nous avons choisi la valeur 27.6 comme α et β (correspondant à 50%).

ETAPE 3 : ENQUETE SUR UNE ZONE ETENDUE

Cadre de l'échantillonnage quantitatif :

Le DS de Djibo compte 219 villages administratifs et 223 importants hameaux de culture (actualisés avec la pré-collecte). La stratification a été faite par CSPS en vue de s'assurer de la participation de plusieurs aires sanitaires voire communes à l'étude.

Taille et précision de l'échantillon :

Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé le calculateur Bayès (α et β à 27.6 avec une précision de 10). Ce qui nous a indiqué **54** MAS à toucher nécessairement pour valider notre étude. La suite a été déterminée par la formule suivante :

N (villages)=	n
	pop moyenne village x proportion enfants de 6 à 59 mois x prévalence MAS

N (villages)=	54
	1002 x 0.19565 x 0.017

N (villages)= 16

Pas de sondage = 442/16

Pas de sondage = 27

La répartition spatiale des 16 villages est satisfaisante car chacun relève d'une aire sanitaire différente et l'ensemble des communes de la province ont été représentées.

Méthodologie de recherche de cas :

La recherche des cas MAS a été faite par la méthode active et adaptive comme à l'étape 2. Munis d'images de cas MAS, de sachets de Plumpy nut et instruits sur les terminologies appropriées sur la malnutrition, les investigateurs ont utilisé le maximum d'informateurs clés pour retrouver les cas participants à cette enquête dans les 16 villages tirés au sort du DS de Djibo.

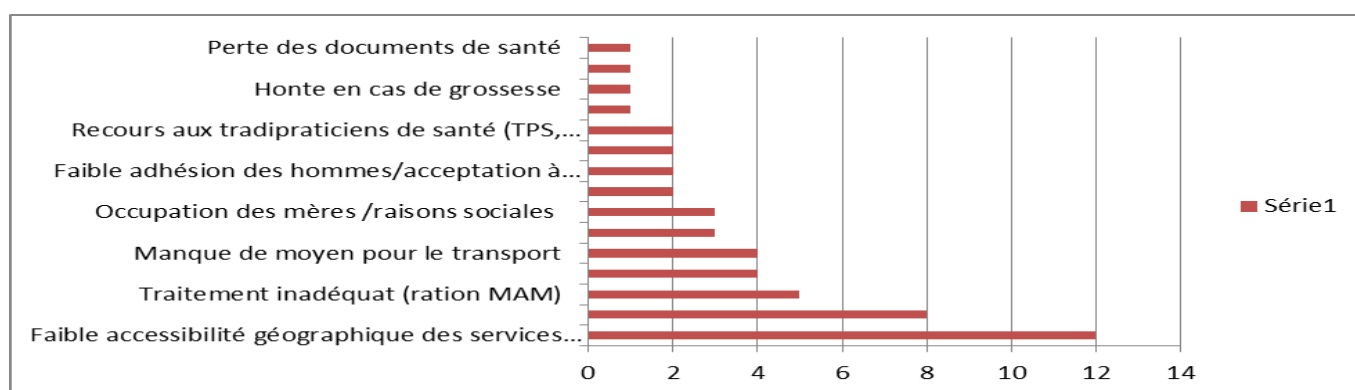
Tableau n°3 : Résultats de l'enquête sur grande zone, SQUEAC 2015, Djibo, Burkina Faso

	CSPS	Villages	MAS en voie de guérison	MAS couverts	MAS non couverts	Total MAS actuels	Couverture actuelle	Couverture période
1	Arbinda	ARRA	2	0	3	3	0%	40%
2	Djika	DJIKA	1	0	4	4	0%	20%
3	Gassiliki	KIOKE	0	2	4	6	33%	33%
4	Sikiré	BOULIKESSI	2	3	3	6	50%	63%
5	Baraboulé	DOTOKA	0	1	3	4	25%	25%
6	Pétégoli	HOCOULOYOU	2	4	0	4	100%	100%
7	Diguel	KENOU	0	2	0	2	100%	100%
8	Djao Djao	PILADI	5	1	2	3	33%	75%
9	Tondiata	SE	2	5	0	5	100%	100%
10	Koutougou	KEKELNODA	1	1	4	5	20%	33%
11	Bouro	BANGHARIA	1	5	1	6	83%	86%
12	Bougué	CISSE	0	0	3	3	0%	0%
13	Filio	DEBEYEL	5	1	1	2	50%	86%
14	Kobaoua	KOBAOUA	0	2	3	5	40%	40%
15	Taouremba	TAOUREMBA	0	8	0	8	100%	100%
16	Tongmayel	SIBE	6	1	2	3	0%	78%
		Total DS Djibo	28	36	33	69	52,17%	65,97%

Résultats des données qualitatives :

Un questionnaire a été administré aux parents des cas non couverts et les principales raisons sont consignées dans le graphique ci-après.

Graphique n°08 : Raisons de la non-participation au programme, SQUEAC Djibo 2015, Burkina Faso



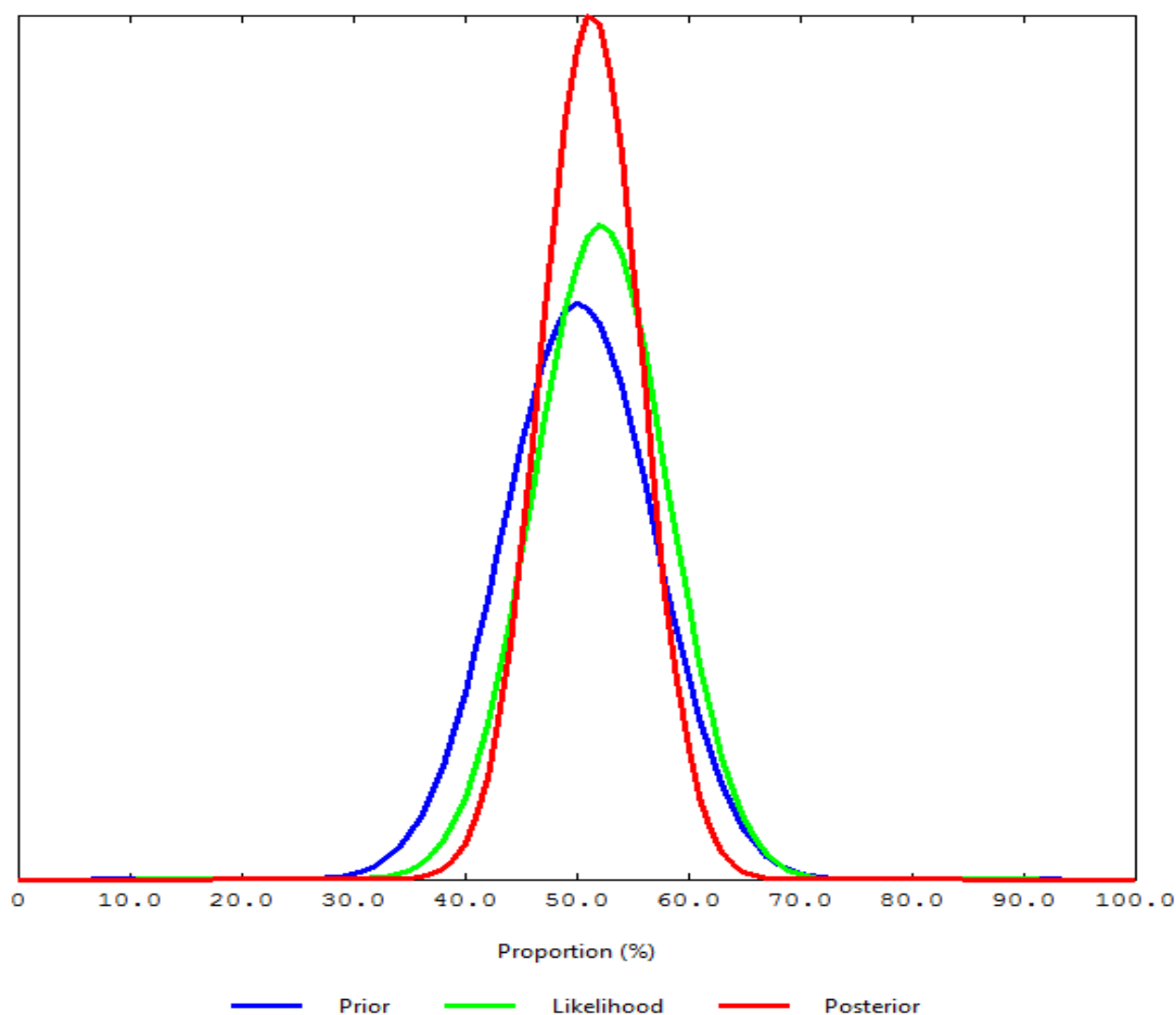
ESTIMATION DE LA COUVERTURE SELON BAYES

Au vu de la durée moyenne de séjour assez longue (70 jours pour le district), nous avons trouvé judicieux de calculer la couverture actuelle. Après avoir tracé la courbe de la couverture à priori, les résultats de la grande enquête ont été inscrits sur le calculateur Bayès soit au numérateur les cas actuels couverts (36) et au dénominateur le total des cas actuels (69).

La couverture du programme est estimée à 51.2% (42.5% - 60.0%).

Interprétation des principes de Bayes :

La probabilité à priori et la couverture à posteriori sont cohérente car les courbes se superposent avec $z = -0.24$, $p = 0.8116$; ce qui signifie que les résultats sont validés.



Récapitulatif des différentes couvertures en 2014.

Type de couverture	Priori	Evidence vraisemblable	Couverture actuelle à posteriori	Couverture période à posteriori
Valeur	50.46%	52.17%	51.20%	60.30%
Norme DS rural	50%	50%	50%	50%
Observation	Acceptable	Acceptable	Acceptable	Bon

DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

❖ DISCUSSIONS DES RESULTATS DE L'ENQUETE

En rappel, l'objectif général de notre enquête SQUEAC est d'évaluer la couverture de la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aigüe sévère dans le district sanitaire de Djibo.

Au cours de nos discussions, nous allons utiliser les résultats obtenus lors des enquêtes sur la petite et sur la grande zone suivie de la vérification des hypothèses. Ce qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses qui sont :

- Les villages les plus éloignés des centres de santé sont faiblement couverts par le programme de prise en charge de la malnutrition aigüe.
- L'insuffisance de communication avec les mères/accompagnatrices des enfants est à l'origine des abandons précoces du programme par les bénéficiaires.

Pour la première hypothèse, notre échantillonnage a porté sur un choix raisonné de quatre (04) villages situés dans un rayon d'un km du CSPS et quatre (04) autres au-delà de 7 km pour la recherche active et adaptative des cas MAS suivi d'un questionnaire adressé aux mères d'enfants pour connaître les raisons de non couverture par le programme.

Les résultats obtenus montrent que dans les quatre (04) villages les plus proches des formations sanitaires, sept (07) cas sont couverts sur un total de 09 cas actuels dépistés avec un seuil de décision de 4 ce qui traduit une forte couverture. Et dans les villages de plus de 7 km des CSPS, quatre (04) cas sont couverts sur un total de 10 cas actuels avec un seuil de décision de 6 traduisant une faible couverture.

Néanmoins, nombreuses sont les mères/accompagnatrices des enfants qui bravent des distances pour recourir au service de la PCA. Nous pouvons dire que mieux les mères/accompagnatrices des enfants sont sensibilisées, plus elles prennent conscience de la nécessité de suivre correctement les exigences de la PCA (RDV chaque semaine) malgré l'éloignement des centres de santé. Cette situation pourrait s'expliquer par les stratégies mises en œuvre par le district en collaboration avec la Croix-Rouge partenaire du district en matière lutte contre la malnutrition et de réalisation de l'enquête SQUEAC à travers entre autres la réalisation des activités de stratégies avancées, la sensibilisation des mères/accompagnatrices des enfants sur la malnutrition, la réalisation des screening et la mise en place dans certains villages des centre d'accueil pour nutrition (CAPN). A cela, s'ajoute la qualité et l'effort de sensibilisation déjà entreprise au niveau des formations sanitaires à travers une forte implication des ASC mais aussi des agents de santé. En effet, 62% des cas de MAS admis aux CSPS sont des références des ASBC selon notre enquête. Leur forte implication pourrait contribuer à améliorer la couverture en matière de PECMA.

Malheureusement, cet éloignement contribue à la survenue des abandons au regard des exigences dues aux visites régulières, généralement hebdomadaire, et cela pendant au moins huit (08) semaines.

Cette difficulté a été rapportée précédemment par des mères/accompagnatrices des enfants ayant abandonnée le programme.

Pour la deuxième hypothèse portant sur l'insuffisance de communication avec les mères/accompagnatrices des enfants à l'origine des abandons précoces du programme par les bénéficiaires, l'échantillonnage a porté sur un choix raisonné dans les villages où il y a eu plus de cas d'abandon précoce. Et un questionnaire a été administré aux parents pour l'identification des raisons qui les ont amenées à l'abandon précoce. Plusieurs raisons ont été citées par les mères/accompagnatrices des enfants dont les principales sont les difficultés d'accès au CSPS (distances, mares), les occupations des mères et les déplacements qui portent entravent au respect des rendez-vous fixés par les agents de santé des formations sanitaires. Près de 80% des mères interrogées ont cité effectivement les raisons ci-dessus qui les ont amenées à abandonner le programme. Cette situation est renforcée par la faible implication des hommes, l'influence des

tradipraticiens de santé et des grandes mères dans les activités de lutte contre la malnutrition dans le monde communautaire et l'insuffisance de connaissances des mères/accompagnatrices d'enfants.

En plus, les comportements de certains agents (mauvais accueil, souvent les rendez-vous non négociés...) sont de nature à décourager les mères/accompagnatrices des enfants. Du coup, cela pourrait influencer négativement sur la couverture de la PECMA.

Le niveau de connaissance des mères sur le programme PCA est en légère progression par rapport à celles qui connaissent la maladie dont souffre son enfant. Les acquis déjà engrangés dans les formations sanitaires et par les acteurs du niveau communautaire demandent à être renforcés à travers une intensification de la sensibilisation. Le renforcement des activités en stratégie avancée à travers la mise en place de sites avancés pour la PECMA.

❖ VERIFICATION DES HYPOTHESES

➤ Vérification de l'hypothèse1

Concernant cette hypothèse, notre hypothèse montre que pour les villages situés à un (01) km de la formation sanitaire, la vérification est validée car les cas couverts sont au nombre de sept (07) qui est supérieur au seuil de décision qui est de quatre (4). Aussi, dans les villages situés à plus de sept (07) km, la vérification est validée car les cas couverts sont au nombre de quatre (04) qui sont inférieurs au seuil de décision qui est six (06). Ce qui nous amène à dire que notre hypothèse a été confirmée après la petite enquête.

➤ Vérification de l'hypothèse2

Pour cette hypothèse, elle n'a pas été confirmée par la petite enquête. En effet, les mères/accompagnatrices des enfants ont cité à plusieurs reprises les difficultés d'accès (longues distances, manque de moyen de transport, mares), les déplacements inopinés et les occupations des mères comme raisons principales des abandons alors que notre hypothèse portant sur l'insuffisance de la communication avec les mères/accompagnatrices n'a été citée que deux fois. D'où la poursuite de la grande enquête.

Comparaison des différentes couvertures entre 2012 et 2014.

Type de couverture	Priori	Evidence vraisemblable	Couverture actuelle à posteriori	Couverture période à posteriori
Valeur en 2012	56.5%	51.02%	47,3%	53.40%
Valeur en 2014	50.46%	52.17%	51,20	60.30%
Norme DS rural	50%	50%	50%	50%
Observation		Amélioration	Amélioration	Amélioration

RECOMMANDATIONS

❖ Les recommandations directement liées à la couverture :

Points à améliorer	Recommandations	Actions correctrices	Responsable	Collaborateurs
Eloignement des FS des bénéficiaires	Rendre accessible les services de santé à la population	Créer des sites avancés de PEC de la malnutrition	ICP	ONG DS
		Subventionner le coût de transport des mères des villages vers les FS	ECD Elus locaux	ONG
		Négocier le rendez-vous	ICP	Tout agent
Insuffisance de communication	Améliorer la communication	Donner les messages clés aux mères en début du traitement	ICP	AS- ASC- ECD- COGES
Rupture d'intrants	Assurer le ravitaillement mensuel des FS en intrants	Suivi des stocks: expression de besoins en QS, tenue à jour des outils de gestion	ICP	Gérant, autres agents CSPS
		Doter en quantité suffisante les CSPS en intrants	MCD	Pharmacien, PFN, ONG, COGES
Méconnaissance de la malnutrition et/ou du programme	Vulgariser le programme auprès de la population	Organiser des séances de sensibilisation: séances d'IEC,	ICP	COGES, ASC
		Faire un plaidoyer auprès des leaders communautaires	MCD	DRS
		Réaliser des émissions radio /magasine/spot sur la malnutrition	MCD	SPS

		Rendre disponible les outils de communication sur la MA	MCD	DRS
Rejet et long temps d'attente	Améliorer l'organisation des services	Augmenter le nombre de jour de suivi, impliquer tous les agents dans la PEC	ICP	Autres agents de CSPS
		Valoriser les déplacements des mères (pour éviter les rejets: ANJE, PF, vaccination...)	ICP	COGES - ASC
Erreur d'admission / TTT inadéquat	Renforcer les compétences des agents sur la PCIMA	Former les agents sur la PECIMA	MCD	DRS, DN, ONG
		Assurer le suivi /supervision	MCD	DRS, DN, ONG

❖ Les recommandations indirectement liées à la couverture :

Points à améliorer	Recommandations	Actions correctrices	Responsable	Collaborateur
Insuffisance de remplissage des outils	Améliorer le remplissage des outils	Remplir correctement les outils de la PEC MA	ICP	Autres agents CSPS
Insuffisance de cadre d'accueil dans les FS	Améliorer les conditions d'accueil dans les FS	Construire des hangars pour la PEC MA	COGES	PTF
		Doter/confectionner des bancs pour les FS	COGES	PTF

Conclusion

Dans l'ensemble, l'enquête s'est bien déroulée. Aucune difficulté majeure n'a été signalée. En somme, la couverture actuelle du programme PCA est satisfaisante **(51,2%)** comparativement aux normes de référence à un district sanitaire de type rural **(50%)**. Cette couverture est également supérieure à celle de la SQUEAC 2012 **(47,3%)**. Cependant, des difficultés et insuffisances persistent dont les principales ont fait l'objet d'échanges pour aboutir à des formulations de recommandations et suggestions. Des micro-plans opérationnels apporteront des détails aux présentes recommandations. Nous tenons à remercier le partenaire CROIX-ROUGE pour ses appuis technique et financier et la DRS pour son appui technique qui ont permis de parvenir à l'achèvement de cette importante activité. Leurs appuis multiformes seront encore sollicités pour la mise en œuvre des actions correctrices.

Annexe1 : liste des participants à l'enquête SQUEAC

Noms et prénoms	Sexe	Qualification / fonction	Structure d'origine	Rôle dans l'enquête
SOMDA B. Eugène	M	Maïeuticien d'Etat / Adjoint Chef de projet nutrition	Croix Rouge	Superviseur provincial
ZONGO Hamadou	M	Attaché de santé en SIO / Membre ECD	DS Djibo	Superviseur provincial
SAWADOGO N. Moise	M	Attaché de santé épidémiologie / Membre ECD	DS Djibo	Superviseur provincial
ILBOUDO Seydou	M	Maïeuticien d'Etat / Membre ECD	DS Djibo	Superviseur provincial
Ganou Marc	M	Attaché de santé en SIO / PFN DRS	DS Djibo	Superviseur régional
BISSIRI Salifou	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
TIABONDOU Larba	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
SAMTOUMA Benjamin	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
SAWADOGO Bibata	F	Infirmière Brevetée / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
OUEDRAOGO Moussa	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
MAIGA Zoubairou	M	Promoteur de santé	Croix Rouge	Investigateur
KAFANDO François	M	Infirmier Breveté / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
DICKO/SILGA Esther	F	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
CISSE Oumar	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
OUEDRAOGO Souleymane	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chargé d'Appui	DS Djibo	Investigateur
HAMA Mamoudou	M	Promoteur de santé	Croix Rouge	Investigateur
OUEDRAOGO Ousséni	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
KABORE Adama	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
KOETA Urbain	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
KAZINGA Bernard	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur
GALBANI K. Guillaume	M	Infirmier Diplômé d'Etat / Chef de Poste	DS Djibo	Investigateur

Annexe2 : calendrier SQUEAC Djibo, janvier 2015

[illegible]

Guide pour entrevues/focus groupes - Thèmes à aborder pour le travail qualitatif

1. COMMUNAUTE

CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION (afin de déterminer si la malnutrition est perçue comme une maladie importante/fréquente au sein de la communauté)

- Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants?
- Dans quelle période ? Pourquoi?
- Lesquelles sont les plus sévères? Pourquoi?

Si malnutrition mentionnée :

- Quels sont les symptômes de cette maladie?
- Termes utilisés en langue locale? (inscrire le nom local en langue et donner la traduction mot pour mot ; pour chaque forme de malnutrition)
- Est-ce qu'il y a une catégorie d'enfants qui souffrent particulièrement de cette maladie?
- Causes de cette maladie?
- Conséquences de la maladie ?

Si malnutrition n'est pas mentionnée montrer les images:

- Est-ce que vous avez vu des enfants qui ressemblent à ceux-ci?
- Dans quelle période de l'année ? Y en a-t-il présentement?
- Quels sont les noms qui sont donnés quand un enfant est comme celui qui est sur l'image ? (pour marasme et Kwashi)
- Quelles sont les explications qui sont données quand un enfant est comme celui qui est sur l'image ?

RECOURS/RECHERCHE DE SOINS

- Qu'est-ce que vous feriez si votre enfant a cette maladie?
- Qu'est-ce qui explique votre choix ? (pourquoi feriez-vous le choix d'aller en cas de cet état de votre enfant ?)
- Comment les tradipraticiens soignent-ils cette maladie ?

Si CS mentionné:

- Distance? Pourquoi ce CS?
- Alternatives au CS?

CONNAISSANCE DU SERVICE de PeC (service et fonctionnement)

- Où est-il possible de traiter cette maladie?
- Source d'information?
 - a. Par qui savez-vous ?
 - b. Depuis quand avez-vous été informés?
 - c. Qu'est-ce qui vous a été dit?
- Quel traitement les enfants reçoivent-ils pour cet état?
- Enfants ciblés?

s'assurer que les formes « marasme » et « kwashiorkor » sont clairement identifiées dans la population ciblée par le programme)

PERCEPTIONS/APPRÉCIATION DU SERVICE (s'assurer que les aspects tels que l'accueil, la disponibilité des intrants et la disponibilité des services ont été pris en compte)

- Qu'est-ce que vous pensez du service actuel de PeC
- qu'est-ce que les gens disent sur ce service ? qu'est-ce que vous avez entendu dire là-dessus ?

Si bon:

- a. Qu'est ce qui est bon?
- b. Quels changements avez-vous perçus dans la condition de ces enfants?
- c. Améliorations souhaitées pour le service?

Si pas bon :

- d. Qu'est-ce qui n'est pas bon?
- e. Qu'est-ce que les gens n'aiment pas dans ce service ?
- f. Comment pouvons-nous changer cela ? Suggestions ?

DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC ou CAPN (et CVN) (CONNAISSANCE sur ASC ou CAPN (et CVN) ET leurs ACTIVITES)

- Préciser village avec CAPN (et CVN) ou seulement ASC
- Qui fait l'identification des enfants malnutris au niveau du village?
 - a. Avez-vous vu quelqu'un qui cherche ces enfants dans le village?
 - b. Qui est-ce? (pas le nom mais ASC ou CVN ou infirmier ou ... selon le profil de la personne qui le fait)

Si oui:

- c. Quel outil il utilise-t-il pour identifier les enfants ?
- d. Quand avez-vous vu pour la dernière fois la ou les personnes qui mesurent les enfants?
- e. La mesure se fait tous les combien de temps?
- f. Que se passe t'il après si l'enfant est dépisté malnutri ? (Exploration référence – suivi)

Si non, montrer le ruban PB :

- g. Savez-vous à quoi sert ce ruban ?
- h. En avez-vous déjà vu avant aujourd'hui ?
- i. Où ? Avec qui ?
- j. Pour faire quoi ?

QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS (Y a-t-il des enfants sévèrement malnutris qui ne sont pas dans le programme? Pourquoi?)

- Connaissez-vous des enfants qui ont cet état mais qui ne vont pas au CS? (si oui chercher à voir l'enfant et ses parents si possible)
- Pour quelles raisons ils ne vont pas?
- Quels soins reçoivent-ils à la maison ? Qui les soignent?
- Connaissance d'enfants qui étaient dans le programme et qui ne vont plus au centre de santé ? (si oui chercher à voir l'enfant et ses parents si possible)
- Pour quelles raisons ils n'y vont plus ?
- Qu'est ce qui peut encourager leur retour au CS?

PHÉNOMÈNE DE « REJET »

- Connaissance des enfants qui ont été rejetés au centre de santé ? Explication donnée ?

BARRIERES

- Quelles sont les barrières qui empêchent les enfants d'accéder au traitement ? Pourquoi ? Comment est-ce qu'il est possible de surmonter ces obstacles ?

AMELIORATIONS

- Comment améliorer le service de PeC?
- Messages à transmettre au personnel du programme?

2. PERSONNES CLÉ DE LA COMMUNAUTÉ (AUTORITÉS LOCALES OU RELIGIEUSES, ETC.)

On peut toujours poser certaines questions ouvertes sur la situation dans le village / la santé des enfants etc. comme vous avez fait pour la communauté, soit :

- Connaissance de la malnutrition (page 1)
- Recours/recherche de soins
..... avant d'aborder les thèmes qui nous intéressent :

CONNAISSANCE DU SERVICE DE PeC (Service et fonctionnement)

- Connaissance d'un service pour traiter les enfants malnutris? Où ?
- Source de l'information?
- Quand vous avez entendu parler de ce service?
- Précisions?
 - a. Enfants ciblés?
(S'assurer que les formes « marasme » et « kwashiorkor » soient clairement identifiées dans la population ciblée par le programme)
 - b. Critères d'admission?
 - c. Traitement?

ROLE DE SENSIBILISATION (sur la PeC)/RÉFÉRENCE

- Avez-vous participé à la dissémination de l'information sur Le CAPN et le CSPA (pour la PeC de la malnutrition) à d'autres personnes?
- A qui ?
- Comment?
- Quand?
- Avez-vous déjà référé des enfants ?

PERCEPTIONS/APPRÉCIATION DU SERVICE de PeC DANS LE VILLAGE

- Qu'est ce qui est dit sur Le CAPN et la PeC au CSPA dans le village?
 - a. Service CAPN connu par la plupart de la population?
 - b. Qu'est ce qu'ils comprennent et qu'est-ce qu'ils en pensent?
- Votre opinion sur le service?
 - a. Qu'en pensent les autres personnes clé?

QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS (Y a-t-il des enfants sévèrement malnutris qui ne sont pas dans le programme? Pourquoi?)

- Connaissance d'enfants qui ont cette condition mais qui ne vont pas au CS? Pourquoi?
- Connaissance d'abandons ? Pourquoi?
- Qu'est ce qui peut encourager leur retour au CS?

PHÉNOMÈNE DE « REJET »

- Connaissance des enfants qui ont été rejetés au centre de santé (Dans le cas de PeC de la MAG)?
- Explication donnée pour ce rejet ?

BARRIERES

- Quelles sont les barrières qui empêchent les enfants d'accéder au traitement ?
- Pourquoi ?
- Comment est-ce qu'il est possible de surmonter ces obstacles ?
-

STIGMATISATION

- Les gens de votre village ont-ils une mauvaise image de la malnutrition ?
- Y a-t-il des parents qui peuvent cacher des enfants malnutris?
- Pour quelle raison ?

DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC (CONNAISSANCE DES ASC ET SES ACTIVITES)

- Connaissance d'une personne qui dépiste les enfants dans le village?
 - a. Dernière fois que l'ASC ou le CS a fait le dépistage?
 - b. Manière de faire le dépistage? (fréquence / organisation = actif ou passif)

COMMUNICATIONS AVEC ASC /PERSONNEL DU PROGRAMME OU DU CS

- Feedback reçu de la part de l'ASC (ou CVN) ou du CS sur le service?
- Connaissance des résultats (nombre d'enfants dépistés, référés, guéris) ?

AMELIORATIONS

- Comment améliorer le service?
- Messages à transmettre au personnel du programme?

3. TRADI PRACTICIENS, ACCOUCHEUSE VILLAGEOISE OU AUTRES GUÉRISSEURS

Commencer la discussion par quelques mots sur la santé en général ; aborder les questions « prudemment »

TRAITEMENT ET PERCEPTION DE LA MALNUTRITION

- Quelles maladies il traite (maladies plus fréquentes vues)?
- Comment traiter ces maladies? (ne pas insister si le TP ne semble pas vouloir discuter les détails)
- Si le traitement n'est pas efficace, que fait-il?
- Quelle est la collaboration qui existe aujourd'hui avec les services de santé moderne ? Si oui, comment ?

Si malnutrition n'est pas mentionnée montrer les images des enfants malnutris:

- Est-ce qu'il y a des enfants qui ressemblent à ceux-ci dans votre village ? Est-ce que vous traitez cette maladie ? Comment? Quelle forme de malnutrition vous voyez le plus souvent ? (montrer photos marasme-kwashi). Vu avec quelle fréquence / pendant quelle période? Causes de cette maladie ? Efficacité du traitement?
- Connaissance d'un autre traitement pour cette maladie?

CONNAISSANCE DU SERVICE de PeC (Service et fonctionnement)

- Connaissance d'un service pour traiter les enfants malnutris? Où ?
- Source de l'information?
- Quand (depuis combien de temps) avez-vous entendu parler de ce service?
- Précisions?
 - a. Enfants ciblés?
(S'assurer que les formes « marasme » et « kwashiorkor » soient clairement identifiées dans la population ciblée par le programme)
 - b. Critères d'admission? Quels enfants ou dans quels cas les enfants sont-ils admis
 - c. Connaissiez-vous les médicaments qui sont donnés par le CSPS quand un enfant est malade de malnutrition?

ROLE DE SENSIBILISATION (sur la PeC de la MAG)/RÉFÉRENCE

- Avez-vous participé à la dissémination de l'information sur le CAPN et la PeC de la MAG CSPS à d'autres personnes?
- A qui ?
- Comment?
- Quand?
- Avez-vous déjà référé des enfants ? (vers quelle structure ?)

Etc. (continuer comme guide pour les autorités)

Étude de cas (face à face avec la mère)

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Quand avez-vous remarqué que votre enfant est malade?
 - a. Symptômes/problèmes?
 - b. Causes : maladie ? problème de disponibilité alimentaire ? autres ?

RECOURS/RECHERCHE DE SOINS

- a. Qu'est-ce que vous avez fait au moment où vous avez compris que votre enfant est malade ?
- b. Est-ce que quelqu'un vous a dit d'aller au CS ?
- c. Qui ? (Sources de la référence)
- d. Quand vous avez su qu'il fallait aller au CSPA, Vous avez attendu combien de temps avant de venir la première fois au CS ?

QUALITÉ DU SERVICE

- Explications données par le personnel au CS sur la condition de votre enfant?
- Quels sont les termes utilisés pour le traitement? Par le personnel ? Par vous ?
- Chaque fois que vous venez, combien de temps attendez-vous avant qu'on s'occupe de l'enfant?
- Combien de temps passez-vous chaque semaine avec l'infirmier?
- Que pensez-vous de l'accueil?
- Est-il arrivé d'avoir des reproches par le personnel? Quels reproches ? Pourquoi?
- Toujours reçu la ration complète?
 - a. Manque/rupture d'ATPE? Si oui, quand et combien de fois ?
 - b. Explication ? Qu'est-ce qu'on vous a donné à la place?

CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE PeC

- Explication sur le traitement? Le service de PeC ? Approfondir. (connaissance des procédures : durée approximative du traitement, quoi faire en cas de déplacement, partage d'ATPE, etc.)

APPRÉCIATION DU SERVICE

- Opinion sur le service? Pourquoi ?
 - c. Points forts/points faibles?
 - d. Différence dans l'état de santé de votre enfant ?
 - e. Améliorations?

ABSENCE/ABANDON

- Vous est-il facile de venir chaque semaine?
 - a. Qu'est ce qui le rend difficile / vous empêche de venir des fois?
- Connaissance d'enfants qui ne viennent plus ? Pourquoi?
 - a. Comment encourager le retour de ces enfants?

SOURCE D'INFORMATION SUR LE SERVICE de PeC

- Pourquoi êtes-vous venue au CSPS aujourd'hui? Autre raison pour venir au CS/cet endroit?
- Comment avez-vous entendu parler du service de PeC la première fois (qui vous a informé)?
 - a. Entendu parler depuis par une autre personne?
 - b. Qui est ce qui parle Du service de PeC dans votre village ?
- Qu'est-ce que vous avez entendu ?

DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC (CVN / CAPN) (CONNAISSANCE ASC ET SES ACTIVITES)

- Est-ce que votre enfant a été mesuré (PB) à la maison ?
 - a. Par qui ? De quelle manière ? Que vous a-t-il dit ?
 - b. C'est quand la dernière fois que votre enfant a été mesuré à la maison ?
 - c. Est-ce que la personne qui mesure explique ? Quelles explications ?

APPRÉCIATION DU SERVICE/BARRIÈRES

- combien de temps de traitement jusqu'à présent?
- Y a-t-il eu des changements dans l'état de santé de votre enfant ?
- Difficultés à suivre le traitement ou participer aux séances (distance, longue attente)
- Avez-vous déjà manqué des séances ? (si oui)Quelle était la raison ?

DISTANCE

- Il faut combien de temps pour venir au CS de chez vous? (Identifier la plus longue distance entre le groupe)
- Par quel moyen? A pied/autre forme de transport?

REFERENCE

- Avez-vous eu d'autres enfants référés au CS ?
- Etes-vous venue consulter pour ces enfants-là ? Pourquoi oui OU pourquoi non?

QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS (Y a-t-il des enfants sévèrement malnutris qui ne sont pas dans le programme? Pourquoi?)

- Connaissance d'enfants qui ont cette condition mais qui ne vont pas au CS? Pourquoi?
- Connaissance d'abandons ? Pourquoi? Qu'est ce qui peut encourager le retour au CS?

PHÉNOMÈNE DE « REJET »

- Connaissance des enfants qui ont été rejetés?
- Explication donnée ?

BARRIERES

- Qu'est-ce qui empêchent les enfants d'accéder au traitement ? Pourquoi ?
- Comment est-ce qu'il est possible de surmonter ces obstacles ?

STIGMATISATION

- Les gens de votre village ont-ils une mauvaise image de la malnutrition ?
- Y a-t-il des parents qui peuvent cacher des enfants malnutris? Pour quelles raisons ?
- Si oui : est-ce que cela vous affecte personnellement ? De quelle manière ?

PERCEPTION DE LA COMMUNAUTÉ DU SERVICE de PeC

- Que disent les gens sur le service de PeC dans votre village?
- Est-ce que les mères de votre village connaissent aussi le service de PeC au CSPS ?

AMELIORATIONS

- Comment améliorer le service?
- Messages à transmettre au personnel du programme?

5. AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES (ASC)

DEGRÉ D'ACTIVITÉ DES ASC Préciser si inclus dans un CVN (CAPN) ou pas :

Connaissent et jouent leur rôle

- ASC depuis combien de temps? Date de la dernière formation / recyclage ?
- Activités principales? Fréquence ?
- Comment dépister les enfants?
Outils à votre disposition ? (**Vérifier l'existence et l'état du ruban MUAC pour PB**)

Explication aux mères

- Explication des mesures?
- Explication du traitement?

Référence et suivi

- Fiche de référence? Pourquoi/pourquoi pas? (Système pour vérifier si l'enfant est allé au CS?)
- Connaissance d'abandons ? Raison ? Comment encourager le retour au traitement?
- Suivi des abandons / des non guéris?

REJETS

- Y a-t-il des enfants que vous avez référé et qui n'ont pas été admis au programme ?
 - a. Raisons du rejet ? Combien de rejets dans les derniers mois ?
 - b. Avez-vous eu des explications de la part de l'infirmier à ce sujet ?
 - c. Quelle a été la réaction de la mère ?
 - d. Quelle a été votre réaction ?

QUESTION SUR LE REFUS DE RÉFÉRENCE ET L'ABANDON

- Est-ce que vous avez rencontré des mères qui ont refusé d'aller au CS?
 - a. Si oui, pourquoi ont-elles refusé?
 - b. Comment encourager ces mères?
- Est-ce que vous avez rencontré des mères qui ont abandonné le traitement ?
 - a. Si oui, quelles étaient les raisons?

COMMUNICATIONS

- Dernier contact avec l'infirmier du CS ? Quelle raison ?
- Existe-il des réunions (mensuelles/trimestrielle) avec l'infirmier du CS? Est-ce que les activités UNTA sont incluses dans les discussions
- Avez-vous un rapport écrit/verbal à faire sur vos activités UNTA (nb dépistés, nb référés, VAD, etc.)
- De quelle manière vous communiquez avec l'infirmier du CS? (par exemple en cas de VAD)
- Est-ce que vous avez eu du feedback par l'infirmier du CS ?
 - a. Nombre guéris? Nombre d'abandons? Explications sur les cas?
- Contact avec autorités locales ? Quand la dernière fois? A quel sujet ?
- Vous est-il arrivé de faire des séances de sensibilisation sur le service CRENA au niveau communautaire ? Quand la dernière fois ?

OPINION SUR LE SERVICE de PeC

- Votre opinion sur le service de PeC? Pourquoi ?
- Avis de la communauté 5+(d'après l'ASC) sur le service de PeC ?

MOTIVATION

- Appréciation par la communauté de votre travail ?
- Appréciation par le personnel du programme ?
- Est-ce que vous aimez votre rôle ? Pourquoi / pourquoi pas ?
- Défis / difficultés ?

AMELIORATIONS

- Comment améliorer votre travail? Le Service de PeC? Messages au personnel qui gère le service?

6. PERSONNEL DU CS

IMPLICATION DANS LE SERVICE de PeC

- Prévalence de la malnutrition dans votre zone
- Causes de la malnutrition dans votre zone?
- Implication dans la prise en charge depuis combien de temps?
 - a. Nombre de membres du personnel impliqué dans la prise en charge au CS?
- Formation reçue quand? Recyclage ?

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

- Est-ce que le personnel fait un dépistage systématique (œdème et PB) pour tout enfant qui vient en consultation ?
- Au moment des stratégies avancées ?
- D'autres occasions ?
(Vérifier l'existence et l'état du ruban MUAC pour PB)

SOURCE DU REFERENCE

- Enfants viennent par quelle voie ?
 - a. Référence ASC ou CSV / CAPN ? (il faudrait ici pouvoir différencier les référés venant d'un village avec CAPN / CVN et ceux référés par un ASC sans CAPN)

- b. Autre bénéficiaire?
- c. Autres personnes dans le village ? Qui?
- d. Entendu parler – autoréférence?
- e. Dépisté au CS
- f. Médias?
- g. Autres

SYSTÈME DE REFERENCE

- Existe-t-il une fiche de référence si enfant référé par ASC?
- Système pour vérifier si l'enfant référé par le ASC est venu au CS? Confirmation du nombre d'enfants référé par le ASC ?
- Référence à l'CRENI? Avec fiche de référence?
 - a. Système pour vérifier si l'enfant référé est allé à l'CRENI
 - b. Feedback de l'CRENI?
 - c. Contre référence avec fiche de l'CRENI?

REJET

- Nombre d'enfants rejetés qui ne correspondent pas aux critères d'admission?
 - a. Combien par semaine?
 - b. Explication du rejet? Préciser les mots utilisés?
 - c. Nombre d'enfants référés par les ASC qui ne correspondent pas aux critères ? Communication avec le ASC sur ce fait ?

ABANDONS

- Nombre d'enfants qui s'absentent plus d'une fois pendant le traitement?
 - a. Pour quelle raison?
- Nombre d'abandons?
 - a. Pourquoi?
- Suivi des abandons ? Comment? Retour?
- Barrières à l'accessibilité?

QUESTION SUR LA COUVERTURE/ABANDONS/ BARRIERES (Y a-t-il des enfants sévèrement malnutris qui ne sont pas dans le programme? Pourquoi?)

- Connaissance d'enfants qui ont cette condition mais qui ne viennent pas au CS? Pourquoi?

COMMUNICATIONS

- Existe-il des réunions avec les ASC ? Fréquence effective (mensuelles/trimestrielle/autre ?)
- Est-ce que les activités de PeC sont incluses dans les discussions ,
- Quand et Comment sont faites les supervisions des ASC (CAPN et hors CAPN)
- Dernière fois que vous avez-vous-même eu une supervision. Par qui ? Fréquence du contact ?
- Contact / appui de la part du district?

RUPTURE DE STOCKS

- Avez-vous eu des ruptures de stocks? Quand ? nombre de fois en 2013
 - a. ATPE?
 - b. Médicaments ?

APPRÉCIATION DU SERVICE

- Est-ce que le service de PeC donne de bons résultats? (justifiez la réponse)
- Est-ce que l'état de santé des enfants s'améliore ? (justifiez la réponse)

SURCHARGE DE TRAVAIL

- Est-ce que le service de PeC vous donne plus de travail ?
- Pouvez-vous « mesurer » l'augmentation de travail ? Que représente en temps cette augmentation
- Quels changements vous avez dû apporter à vos activités courantes pour assurer la totalité du PMA (avec la PeC)?

AMELIORATIONS

- Défis ? Problèmes? Améliorations?

9. ECD/MSP

- *APPRÉCIATION DU PROBLÈME DE MALNUTRITION DANS LA ZONE*
- *QUELLES SONT LES ACTIVITÉS MENÉES PAR LE DISTRICT PAR RAPPORT À LA MALNUTRITION*
 - Formation, Supervision, RH
- *COMMENT EST ORGANISÉ LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE*
 - Niveau communautaire/ ASC
 - Critères dépistage/ Système de référence
 - Gratuité
 - Approvisionnement intrants
- *COLLABORATION AVEC LE PARTENAIRE*
 - Quelle est la nature de l'appui du partenaire ?
 - Appréciation de la collaboration
- *AUTRES ACTEURS INTERVENANT DANS LA PRÉVENTION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION*
 - Tradi-praticiens, autorités locales, ONG locales et associations ?
 - Quelles activités ? Quelle collaboration ?
- *QUELS SONT LES POINTS FAIBLES/ BARRIÈRES DU PROGRAMME DE PEC DE LA MALNUTRITION ?*

-

-

CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION (afin de déterminer si la malnutrition est perçue comme une maladie importante/fréquente au sein de la communauté)

- Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants?
- Dans quelle période ? Pourquoi?
- Lesquelles sont les plus sévères? Pourquoi?

Si malnutrition mentionnée :

- Quels sont les symptômes de cette maladie?
- Termes utilisés en langue locale? (inscrire le nom local en langue et donner la traduction mot pour mot ; pour chaque forme de malnutrition)
- Est-ce qu'il y a une catégorie d'enfants qui souffrent particulièrement de cette maladie?
- Causes de cette maladie?
- Conséquences de la maladie ?

Si malnutrition n'est pas mentionnée montrer les images:

- Est-ce que vous avez vu des enfants qui ressemblent à ceux-ci?
- Dans quelle période de l'année ? Y en a-t-il présentement?
- Quelles sont les explications qui sont données quand un enfant est comme celui qui est sur l'image ?

RECOURS/RECHERCHE DE SOINS

- Qu'est-ce que vous feriez si un enfant de la concession avait cette maladie?
- Qu'est ce qui explique votre choix ? (pourquoi feriez-vous le choix d'aller en cas de cet état de l'enfant ?)
- Comment les tradipraticiens soignent-ils cette maladie ?

CONNAISSANCE DU SERVICE de PeC (service et fonctionnement)

- Où est-il possible de traiter cette maladie?
- Source d'information?
 - a. Par qui le savez-vous ?
 - b. Depuis quand avez-vous été informée?
 - c. Qu'est-ce qui vous a été dit?
- Quel traitement les enfants reçoivent-ils pour cet état?
- Enfants ciblés?
- Qui décide dans la famille là où l'enfant malade va être traité (qui choisit tradipraticien ou CS) ?

Annexe4 : calendrier saisonnier SQUEAC Djibo, janvier 2015

CALENDRIER SAISONNIER Année 2014	JANVIER				FÉVRIER				MARS				AVRIL				MAI				JUIN				JUILLET				AOÛT				SEPTEMBRE					
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S3	S4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4		
CALENDRIER SAISONNIER																																						
Saison des pluies																																						
Pluies (bonnes pluies / mauvaises pluies)																							bonnes pluies															
Travaux champêtres																																						
Ennemis des cultures (criquets, oiseaux)																																						
Récoltes																																						
Période de soudure																																						
Campagne maraichère																																						
Pâturages																																						
Soudure animale																																						
Transhumance																																						
Formation & recyclage des agents de santé																																						
Formation des ASC, CVN,																																						
Formation équipes CRBF																																						
Augmentation de l'effectif du personnel																																						
Diminution de l'effectif du personnel																																						
Dotations médicaments																																						
Rupture plumpy Nut																																						
Rupture en vivres PAM																																						
Rations de protection FE/FA																																						
Blanket feeding																																						
PEC gratuite de Référence / Contre-réf																																						
Subvention de soins																																						
Nouvelles stratégies (dépiatage avancée)																																						
Campagne de vaccination & supplémentation)																																						
Supervisions des ASC (hors village CAPN)																																						
Supervisions des CVN / CAPN																																						
Campagne de dépistage massif																																						
AUTRES																																						
Situation d'insécurité (routière...)																																						
Diarrhées																																						
Paludisme																																						
IRA																																						
Afflux des réfugiés / nomadisme / orpaillage																																						
Ramadhan																																						
Fête du mouton																																						

