

ENQUETE SQUEAC REALISEE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE GOURCY

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DU NORD

BURKINA FASO



Septembre 2015

NOM DU PROGRAMME : Projet PROMIS : « Approches innovantes pour la prévention de la malnutrition infantile en Afrique Sub-saharienne »,

EMPLACEMENT : District sanitaire de Gourcy, Région du nord, Burkina Faso

DATE DE L'ENQUETE : Du 3 au 26 septembre 2015

AUTEURS : Equipe PROMIS

TYPE D'ENQUETE : SQUEAC

TYPE DE PROGRAMME : Projet de prévention de la malnutrition

ORGANISATION DE MISE EN OEUVRE : Helen Keller INTERNATIONAL

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS	3
RESUME.....	4
OBJECTIFS.....	6
1. Objectif principal :.....	6
2. Objectifs secondaires	6
INTRODUCTION	6
CONTEXTE	7
1. Présentation des zones et de la population de l'enquête	7
2. Situation nutritionnelle	8
3. Description du système sanitaire et du programme PCIMA.....	8
PROCESSUS D'ENQUETE.....	10
ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES.....	10
1. Analyse des données quantitatives	10
2. Analyse des données qualitatives	24
ETAPE 2 : CONFIRMATION DE ZONES DE COUVERTURE ELEVEE OU FAIBLE (ENQUETE SUR PETITE ZONE)	28
1. Méthodologie.....	28
2. Résultats des données quantitatives et qualitatives de l'enquête sur petite zone.....	28
ETAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE	31
1. Estimation de la probabilité a priori	31
2. Evidence vraisemblable	33
3. Probabilité a priori : Estimation de la couverture.....	36
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	37
ANNEXES	44

Tables des illustrations

Liste des Figures :

B. : CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE GOURCY	9
Figure 1: Evolution du nombre d'admissions au CRENAS de janvier 2013 à juillet 2015 dans le district sanitaire de Gourcy et calendrier saisonnier	11
Figure 2: Evolution des admissions au CRENI de 2013 à 2015 au niveau du district sanitaire de Gourcy	12
Figure 3: Rapport du nombre de MAS avec et sans complications en 2014 dans le district sanitaire de Gourcy	13
Figure 4 : Admissions par CSPS au cours du 2ème trimestre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy.....	13
Figure 5:Proportion des 6-59 mois par CSPS en 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	14
Figure 6 :Proportion du nombre d'admissions MAS par CSPS de mai à juillet 2015 à Gourcy.....	14
Figure 7: Evolution des indicateurs de performance CRENAS de 2013 à 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	15
Figure 8: Evolution des indicateurs de performance CRENI de 2013 à 2015 dans le district sanitaire de Gourcy.....	16
Figure 9: PB médian à l'admission CRENAS pour Mai – Juillet 2015 au niveau du district sanitaire de Gourcy	16
Figure 10 : Rapport admissions CRENAS/CRENI de mai – juillet 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	17
Figure 11: Critères d'admission au niveau du district sanitaire de Gourcy de mai à juillet 2015	17
Figure 12: Evolution des abandons en fonction du calendrier saisonnier dans le district sanitaire de Gourcy	18
Figure 13: Nombre de visites avant abandon	19
Figure 14: Durée de séjour avant guérison.....	19
Figure 16: Pourcentage de dépistés de Janvier à septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	20
Figure 15: Evolution du dépistage de Janvier à septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	20
Figure 17: Evolution du nombre de VAD réalisées d'avril à septembre 2015	21
Figure 18: Evolution du nombre de personnes sensibilisées d'avril à septembre 2015.....	21
Figure 19: Raison de non fréquentation des CSPS au niveau du district sanitaire de Gourcy en septembre 2015	34
Figure 20: Signes de maladie ayant alerté les accompagnants d'enfants MAS retrouvés lors de l'enquête en septembre 2015 à Gourcy.....	34
Figure 21: Répartition de ceux qui décident de l'initiation du traitement des enfants dans le district de Gourcy en septembre 2015.....	35
Figure 22: Répartition des types de traitement en septembre 2015 lors des entretiens réalisés dans le district de Gourcy.....	35
Figure 23 : La courbe du Prior, de l'évidence vraisemblable et de la probabilité à postériori	37

Liste des Tableaux

Tableau 1: Récapitulatif de l'analyse des données quantitatives	22
Tableau 2: Barrières et boosters.....	27
Tableau 3: BBQ pondéré par la communauté et l'équipe :	32
Tableau 4: Résultats de l'enquête grande zone en septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy	36
Tableau 5: Tableau récapitulatifs des recommandations.....	Erreur ! Signet non défini.

REMERCIEMENTS

Helen Keller INTERNATIONAL adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible cette évaluation semi-quantitative de couverture et d'accès à la prise en charge de la malnutrition aigue sévère dans le district sanitaire (DS) de Gourcy malgré les intempéries, aux autorités administratives et sanitaires de la région, au personnel des formations sanitaires ainsi qu'aux habitants des quartiers visités pour leur collaboration et leur hospitalité.

En particulier, nous adressons notre reconnaissance et notre satisfaction à l'endroit de l'équipe de HKI pour leur très bonne implication leur motivation dans la conduite de cette investigation.

Merci aussi à l'équipe de Coverage Monitoring Network , à l'assistant CMAM régional et à l'équipe de HKI basée à Dakar pour leur appui technique , leur forte implication et leur disponibilité pour la réalisation de cette investigation SQUEAC.

ABREVIATIONS

ASBC : <i>Agent de Santé à Base communautaire</i>	IFPRI : International Food Policy Research Institute
ATPE : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi	LNS : Lipid-based Nutrient Supplement
CCC : Communication pour le Changement de Comportement	<i>LQAS : Lot Quality Assurance Sampling</i>
CDS : Centre De Santé	MA Malnutrition Aigue
CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale	MAG Malnutrition Aiguë Globale
CMN: Coverage Monitoring Network	MAM : Malnutrition Aigu Modérée
COGES: Comité de Gestion	MAS: Malnutrition Aigue Sévère
CRENAS : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle en ambulatoire	MUAC: Mid- upper arm circumference
CRENI: Centre de récupération et d'éducation Nutritionnelle en Interne	OMS : Organisation mondiale de la sante
CSB : Corn Soya Blend	PB :Périmètre brachial
CSPS : Centre de santé et de la promotion sociale	PCA : Prise en Charge en ambulatoire
CVD : Comité villageois de développement	PCI : Prise en charge en interne
CVN : Comité villageois de Nutrition	PCIMA : Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue
DFATD : Department of Foreign Affairs, Trade and Development	PECMAM: Prise en Charge des malnutris aigus modérés
DRS Direction Régionale de la Santé	PPN : Plumpy nut
DS : District sanitaire	PROMIS : Prevention of childhood malnutrition in Sub Saharan Africa
ECD : Equipe cadre du district	SLEAC: Simplified Lot Quality Assurance Samplin Evaluation of Access and Coverage
FANTA: Food and Nutrition Technical Assistance	SQUEAC : Semi-quantitative Evaluation of Access and Coverage (Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture)
GM :Grand-mère	Tdh: Terre des hommes
IEC : Information éducation communication	UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

RESUME

Helen Keller International (HKI) Burkina met en œuvre depuis l'an 2014 un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition dans le District Sanitaire de Gourcy. Il s'agit d'un projet de recherche dont le volet recherche est sous la responsabilité de International Food Policy Research Institute (IFPRI) et le volet mise en œuvre est assurée par HKI. Il est financé par Global Affairs Canada (GAC, ex DFATD). Le programme couvre les 33 Centres de Santé et de la Promotion Sociale (CSPS) que compte le district et intervient dans le cadre d'un système intégré.

Le district sanitaire de Gourcy est localisé dans la région du nord du Burkina Faso, à 140 km de la capitale Ouagadougou. Il correspond aux limites territoriales de la province du Zondoma avec une superficie de 2017 km². Le climat y est de type soudano-sahélien. La population totale du district est estimée pour l'année 2015 à 214 978 habitants. 50,16% de la population a moins de 15 ans et 60,82% a moins de 20 ans ; les femmes représentent 53,44% ¹de la population.

La couverture est l'élément principal d'appréciation de l'efficacité d'une intervention. Plusieurs facteurs peuvent entraver l'accessibilité et diminuer la couverture d'un programme. La méthode d'enquête basée sur une évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) fournit la classification de la couverture et le classement des principales barrières au niveau des services de Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) et notamment du volet de Prise en Charge Ambulatoire (PCA) des enfants atteints de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS).

Cette investigation s'est déroulée du 3 au 26 septembre 2015 grâce à un appui direct du CMN (Coverage Monitoring Network). Le taux de couverture du programme PCIMA est estimé à **53,1% (43,2% - 62,7%)**. Ce taux est au-dessus des standards Sphère² qui sont de 50% en milieu rural et se situe au-dessus de la couverture (actuelle) du DS de Gourcy qui avait été classée « faible » lors de la SLEAC réalisée en 2014 dans la région sanitaire du nord³.

➤ **Les principales barrières relevées lors de l'enquête sont :**

- Insuffisance dans la qualité du service PCIMA
- Mauvais accueil
- Insuffisance dans la sensibilisation communautaire
- Insuffisance dans la sensibilisation au niveau des structures sanitaires

¹ Monographie de la province du Zondoma

² Le Projet Sphère est la première organisation qui ait établi des standards minimaux pour les acteurs humanitaires, standards au respect desquels les gens affectés par les catastrophes ont le droit de s'attendre. Ces standards sont énoncés dans le Manuel Sphère: ManuelSphere.org

³ SLEAC région du nord 2014, TDH-UNICEF-VALID,

- Rupture d'intrants nutritionnels et thérapeutiques
- Méconnaissance des causes de la malnutrition

Les barrières ont été analysées par les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet et les principales recommandations issues sont :

- Le renforcement des capacités des formations sanitaires en personnel et équipements
- L'amélioration de l'organisation du travail dans les formations sanitaires
- Le développement des infrastructures de prise en charge de la MA
- Le renforcement des activités d'IEC
- L'amélioration de la qualité de l'accueil dans les formations sanitaires
- Le développement des activités de suivi et évaluation sur la PCIMA
- L'amélioration de la gestion des intrants nutritionnels et médicaments (traitement systématique).
- Le suivi des recommandations issues de la SQUEAC

OBJECTIFS

1. Objectif principal :

L'objectif général était d'évaluer la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans le district sanitaire de Gourcy au moyen d'une évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture de la PCIMA (SQUEAC).

2. Objectifs secondaires:

- Réaliser une analyse approfondie des données et des indicateurs du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
- Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
- Identifier les forces du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
- Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans la zone d'intervention
- Evaluer la couverture de la zone cible
- Émettre des recommandations spécifiques pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
- Renforcer les capacités du personnel et des partenaires

INTRODUCTION

Cette investigation entre dans le cadre des activités du projet d'appui à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Gourcy, mis en œuvre par Helen Keller International sous financement GAC (ex DFATD). Le projet repose sur deux volets principaux :

- Le volet recherche, sous la responsabilité de l'IFPRI.
- Le volet communautaire et sanitaire avec un accent sur la prévention notamment à travers le renforcement, des capacités du personnel sanitaire et des acteurs communautaires, l'amélioration de la communication pour le changement de comportement, l'appui au dépistage de la malnutrition et la distribution des supplément nutritionnel à base lipidique (LNS) aux enfants bien portants de 6 à 23 mois dans les 16 centres de santé identifiés par le projet de recherche appelés « CSPS d'intervention ».

La réalisation de cette enquête SQUEAC permettra, en identifiant les barrières à l'accès à la PCIMA ainsi que les points forts du programme, de déterminer l'impact réel du projet et d'émettre des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture et l'efficacité du programme.

CONTEXTE

1. Présentation des zones et de la population de l'enquête

Le district sanitaire de Gourcy est situé au nord du Burkina Faso et forme avec les districts sanitaires de Titao, Yako, Ouahigouya et Séguénéga la région sanitaire du Nord dont le chef-lieu est Ouahigouya. Il correspond aux limites territoriales de la province du Zondoma avec une superficie de 2017 km² et compte 114 villages.

Le climat qui prévaut dans cette région est de type soudano-sahélien, marqué par une pluviométrie faible et irrégulièrement répartie dans le temps et dans l'espace. La population totale du district sanitaire de Gourcy est estimée pour l'année 2015, à 214 978 habitants. Cette population se caractérise par sa jeunesse (60,82% a moins de 20 ans) et une forte proportion des femmes (53,44%). L'espérance de vie à la naissance est estimée à 57 ans. La densité de la population est de 104 habitants au km²⁴.

La population est principalement constituée de Mossi, Peulh, Samo, Gourmantché et Bissa. Leur principale activité est l'agriculture (90%), l'élevage et l'artisanat. Le mouvement migratoire est très important et se fait vers des pays tels que la Côte d'Ivoire, le Mali et le Ghana, ou soit à l'intérieur du Burkina de manière saisonnière dans les grands centres urbains et les sites aurifères⁵.

Le District sanitaire de Gourcy est constitué d'un Centre médical avec antenne chirurgicale, de 33 CSPS et 1 CRENI peu fonctionnel. Les déficits en personnel, en moyens financiers et logistiques constituent encore, le principal défi majeur à relever pour ce district.

Le district sanitaire de Gourcy dispose d'un réseau d'autorités administratives et coutumières qui entretiennent une solidarité inter-agissante pour répondre aux préoccupations de la population.

Sur le plan politico-administratif, le district est dirigé par le Haut-Commissaire et les préfets qui sont nommés par l'autorité centrale. En plus de cette organisation politico-administrative, coexiste une autre forme d'organisation plus traditionnelle, basée sur les us et coutumes. Le chef de canton dirige le canton qui compte plusieurs villages (dirigés par des chefs de villages) comprenant à leur tour plusieurs quartiers (dirigés par des chefs de quartier) regroupant des concessions (dirigées par des chefs de concession). Il existe également au sein de la communauté des comités villageois de développement (CVD) qui constituent aussi un maillon du dispositif administratif et qui, comme son nom l'indique, mobilise la population autour des défis du développement.

Nous notons aussi au sein de cette communauté, la présence de groupements villageois nés à la faveur des travaux d'intérêts communs (travaux champêtres...).

Sur le plan sanitaire, un Médecin Chef de District (MCD) est à la tête du District Sanitaire (DS) et préside l'Equipe Cadre de District (ECD). Il supervise toutes les structures sanitaires sur l'ensemble du DS à travers les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) qui assurent le fonctionnement des structures sanitaires dans chaque aire de santé (CSPS).

⁴ Monographie de la province du Zondoma

⁵ Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, région du nord.

Les ICP sont assistés par les Comités de Gestion (COGES), et les agents de santé à base communautaire (ASBC) qui relient les communautés aux structures sanitaires.

A côté du système public de soins évolue également le système à assise communautaire où foisonnent plusieurs ONG et associations pour venir en appui aux structures publiques afin de relever des défis multisectoriels.

2. Situation nutritionnelle

La situation de la malnutrition aiguë au Burkina Faso reste encore très préoccupante même en dehors des périodes de crises humanitaires avec un taux de MAG en hausse : 8,6% en 2014 contre 8,2% en 2013 et une prévalence de la MAS (1,7%) restée stationnaire lors des dernières enquêtes SMART (Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) nationales de 2013⁶ et 2014⁷.

La région du nord constitue l'une des régions les plus touchées du pays avec un taux de MAG plus élevé que le taux national : 11,8% en 2014 et 9,6% en 2013 ; selon la classification de l'OMS, ce taux est supérieur au seuil critique; la prévalence de la MAS au niveau de cette région est également en hausse : 2,6% en 2014 contre 2,1% en 2013. Malgré la forte implication des acteurs sanitaires dans la lutte contre la malnutrition au niveau de cette région, ces taux sont en hausse constante.

3. Description du système sanitaire et du programme PCIMA

La prise en charge de la malnutrition est assurée dans le District sanitaire de Gourcy conformément au protocole national révisé en 2014 :

- Dans chaque CSPS fonctionnel il y a la prise en charge nutritionnelle effective des MAM (PECMAM) et des MAS sans complications (PECMA) ; au niveau du CMA, se fait la prise en charge des MAS avec complications associées (CRENI).
- Il y a en parallèle de ces activités de prise en charge nutritionnelle, le développement de l'approche communautaire pour faciliter la sensibilisation, l'identification par le dépistage de la malnutrition au PB et le référencement des cas de malnutrition via la participation active des relais communautaires (2 relais par village qui sont en théorie gérés par le COGES).

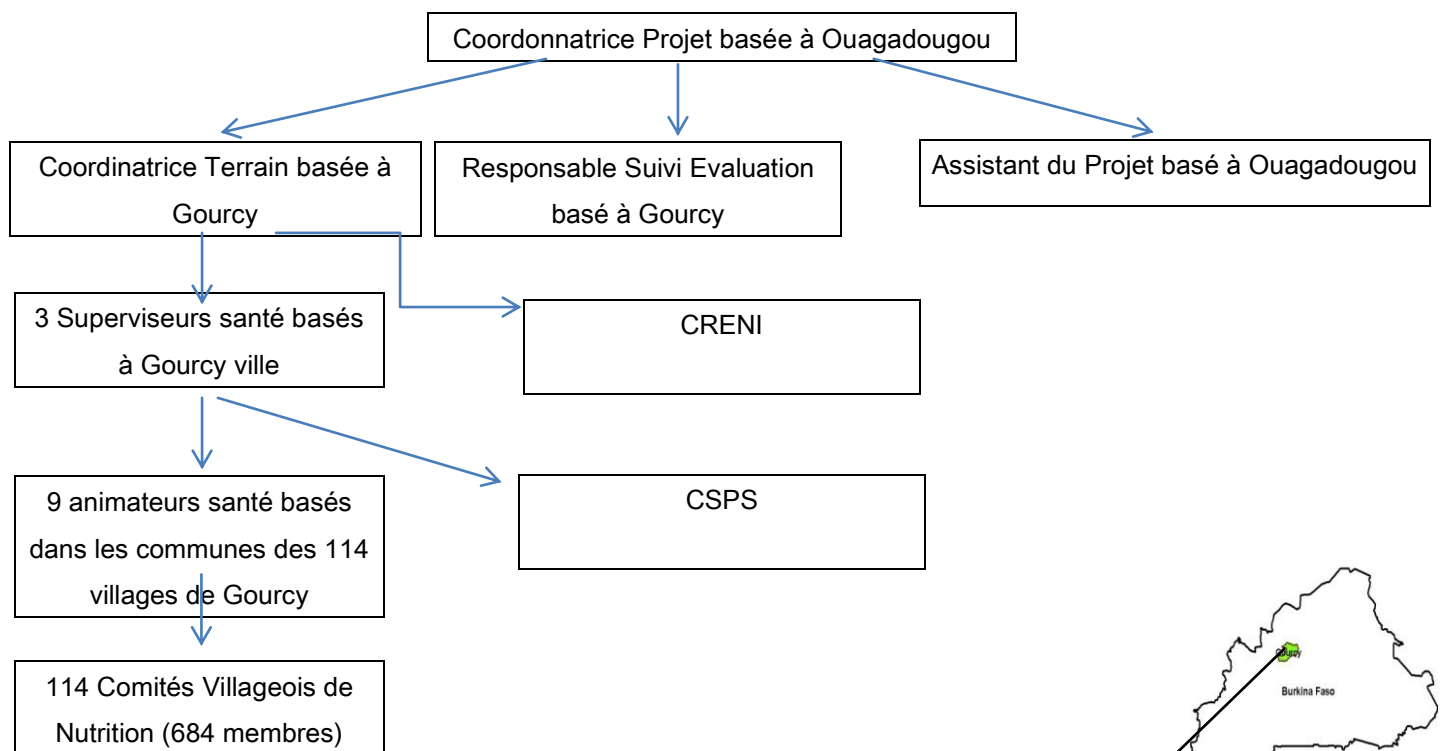
HKI, en partenariat avec le Ministère de la Santé du Burkina Faso à travers la Direction Régionale du Nord et le District sanitaire de Gourcy, exécute depuis octobre 2014 un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë basé à Gourcy.

Ce projet a pour objectif de réduire la prévalence de la malnutrition infantile en intégrant les protocoles de prévention et de traitement à travers les Plates-formes combinées des centres de santé et du niveau communautaire dans les 33 CSPS du district de Gourcy. Cette stratégie est réalisée avec l'appui des relais communautaires à travers la mise en place de comités villageois de nutrition dans les 114 villages du district.

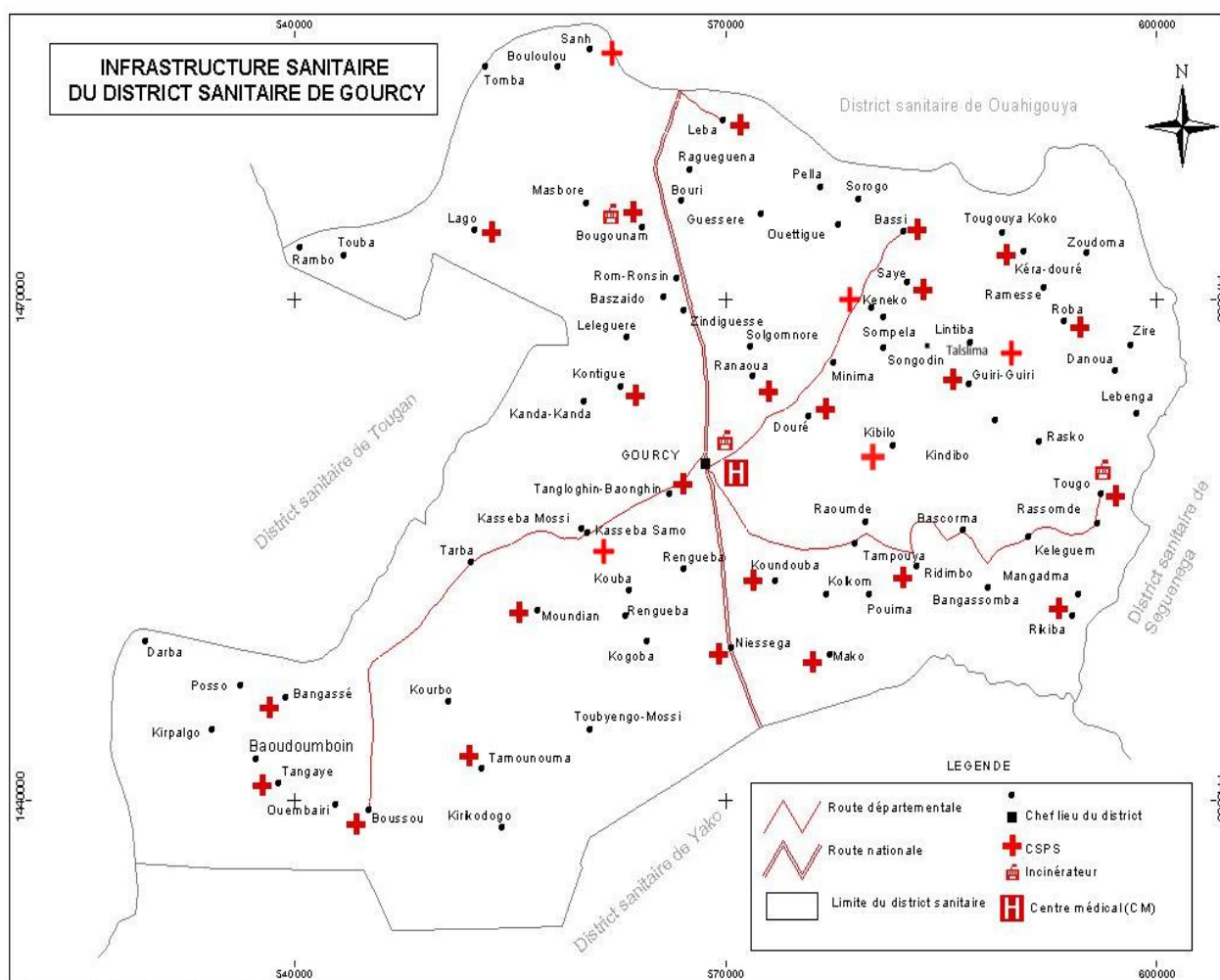
⁶ Rapports Enquêtes Nutritionnelle Nationale « SMART » 2013

⁷ Rapports Enquêtes Nutritionnelle Nationale « SMART » 2014

a. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE HKI / PROMIS:



b. : CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE GOURCY



Source : Fond de carte IGB, District sanitaire de GOURCY

Réalisation : Norbert K. S. Septembre 2006

PROCESSUS D'ENQUETE

ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

1. Analyse des données quantitatives

a. Evolution du nombre d'admissions au CRENAS

De Janvier 2013 à septembre 2015, 4 256 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 129 admissions. Durant cette période, des pics d'admissions variant entre 150 et 300 admissions par mois ont été enregistrés à deux moments de l'année. Le premier se situe sur la période d'avril à juin puis le second de Septembre à Décembre. Ce constat peut être lié à la conjonction période soudure/saison des pluies/ travaux des champs qui font décaler la période de la prévalence haute de la malnutrition et celui des admissions d'un à deux mois. En termes plus clairs, le pic d'admissions qui est généralement observé en Juillet-Aout apparait ici plus tôt en avril-juin puis en septembre-novembre. Il est ressorti, qu'avec la saison des pluies et les travaux des champs, les accompagnants d'enfants attendent que la charge de travail diminue et que les routes plus soient accessibles pour se rendre au niveau des structures de santé, ce qui justifie le pic de septembre- novembre. Ce constat présage d'une couverture moyenne ou faible.

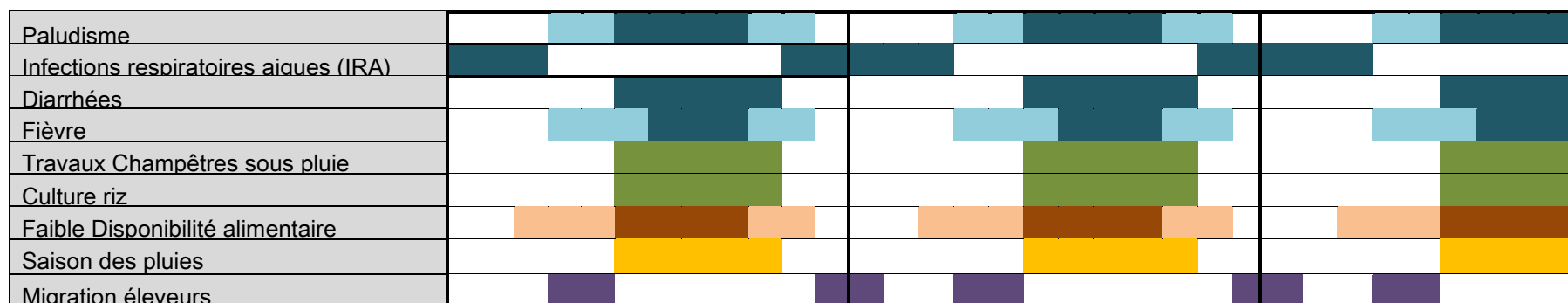
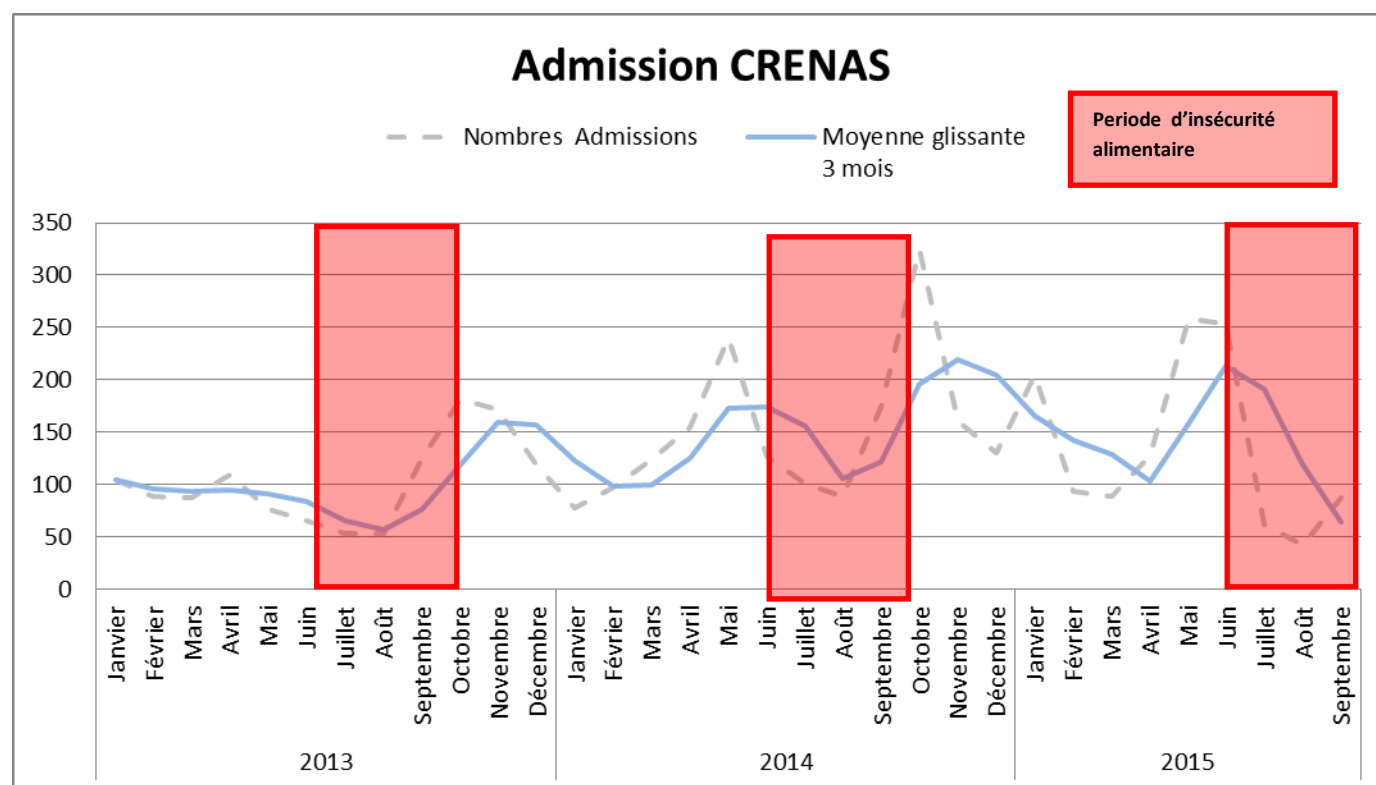


Figure 1: Evolution du nombre d'admissions au CRENAS de janvier 2013 à juillet 2015 dans le district sanitaire de Gourcy et calendrier saisonnier

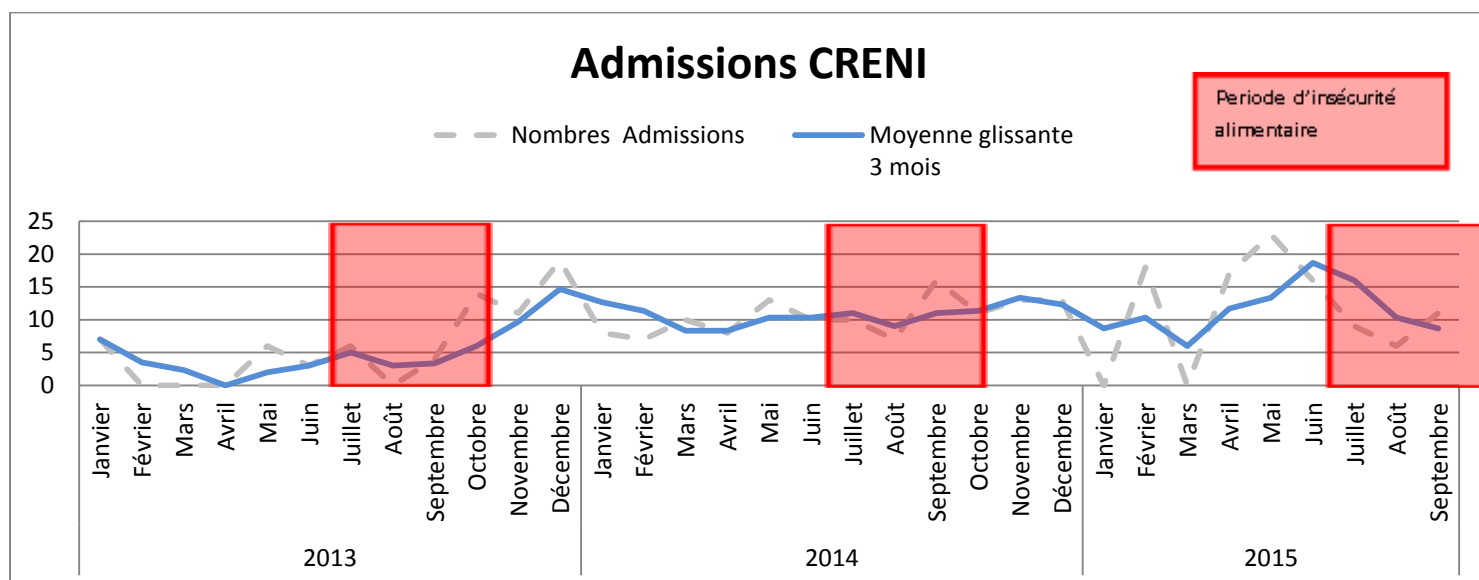
b. Evolution du nombre d'admissions au CRENI

Entre janvier 2013 et septembre 2015, 296 enfants MAS avec complications médicales ont été admis au CRENI (enfants référés des CSPS + admissions directes) avec une moyenne mensuelle de 9 enfants.

Le nombre d'admissions mensuelles a évolué constamment au cours de ces 3 dernières années, en passant d'une moyenne de 6 admissions mensuelles en 2013 à une moyenne de 12 admissions mensuelles en 2015.

On note des pics d'admissions (figure 2) variables pour les 3 années sur des périodes différentes : La période couvrant octobre –décembre en 2013, montre une hausse des admissions ; cette période correspond à la période de soudure (juin-septembre) ; en 2014, nous notons que le nombre de cas admis au CRENI est presque stable. Au cours de 2015, il y a des pics plus importants en février (période de prévalence des IRA) et en septembre (période de haute prévalence des cas de paludisme. Cette variation des admissions au cours des mêmes périodes au cours de ces trois années présage d'une insuffisance de couverture surtout en 2015, car si le dépistage était meilleur, la courbe des admissions au cours de 2015 serait similaire à celle de 2014.

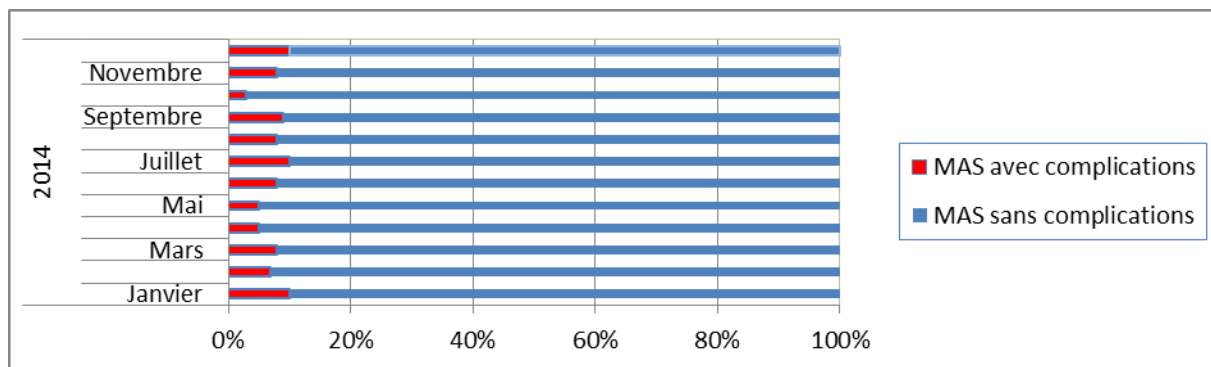
Figure 2: Evolution des admissions au CRENI de 2013 à 2015 au niveau du district sanitaire de Gourcy



c. Analyse du rapport du nombre de MAS avec et sans complications

En 2014, la proportion d'enfants MAS admis au CRENI de Gourcy pour complications médicales s'élève à 8% avec un taux maximal de l'ordre de 10% en décembre et janvier. Il faut noter que ce taux est nettement inférieur à la limite des recommandations (15%) ; cela pourrait se traduire par une couverture moyenne ou bonne liée au dépistage précoce des cas de malnutrition sévère.

Figure 3: Rapport du nombre de MAS avec et sans complications en 2014 dans le district sanitaire de Gourcy

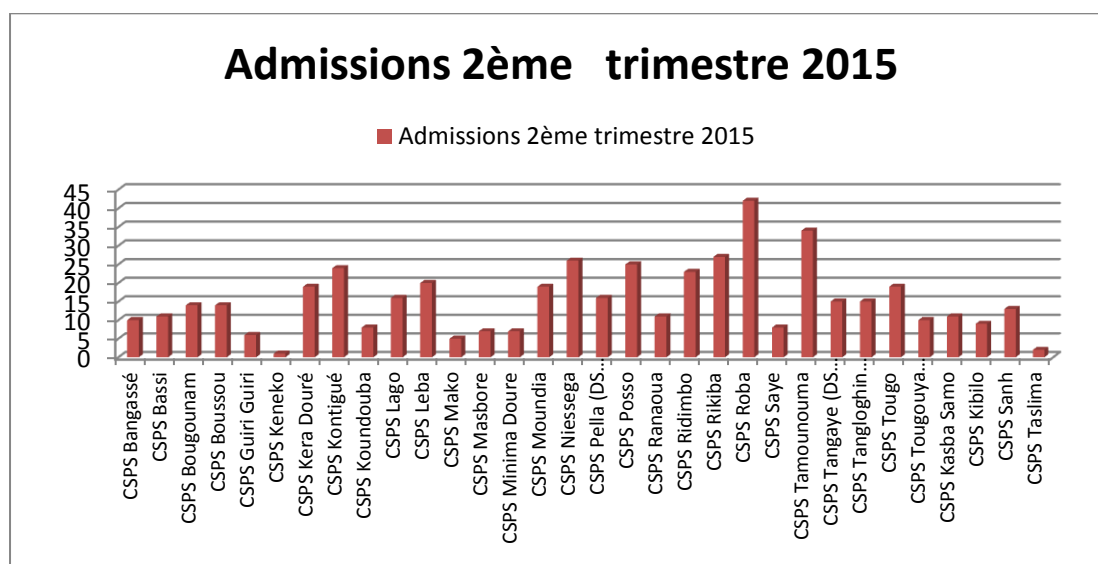


d. Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Au cours du 2^{ème} trimestre 2015, les CSPS de Roba et Tamounouma ont enregistré le plus grand nombre d'admissions. Contrairement aux CSPS de Kénéko et de Taslima ayant une faible population qui ont enregistré les plus faibles nombre d'admissions. La différence de taille de population ne peut expliquer à elle seule cette différence d'admissions quand on note au niveau de certains CSPS tels que Tougo (plus forte population) ou Pella (petite population] ont pratiquement le même nombre d'admissions au cours de ce 2^{ème} trimestre 2015. Le problème peut se situer à plusieurs niveaux:

- Au niveau du CSPA : Dépistage passif non réalisé, registres non renseignés...
- Au niveau de la communauté : Dépistage à domicile non effectif, non adhésion des mères et des communautés

Figure 4 : Admissions par CSPA au cours du 2^{ème} trimestre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy



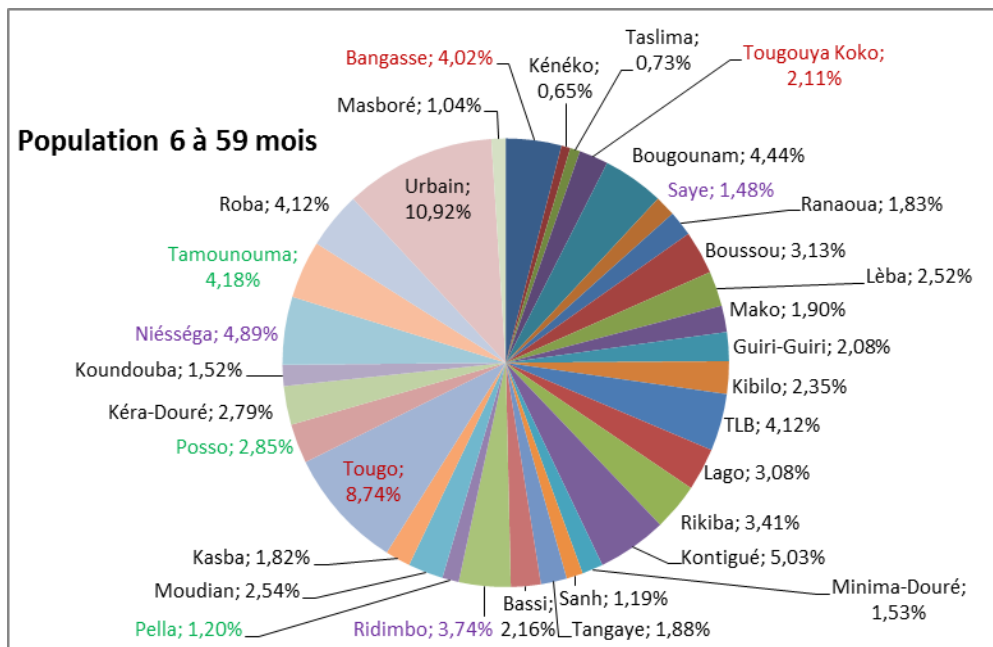


Figure 5:Proportion des 6-59 mois par CSDS en 2015 dans le district sanitaire de Gourcy

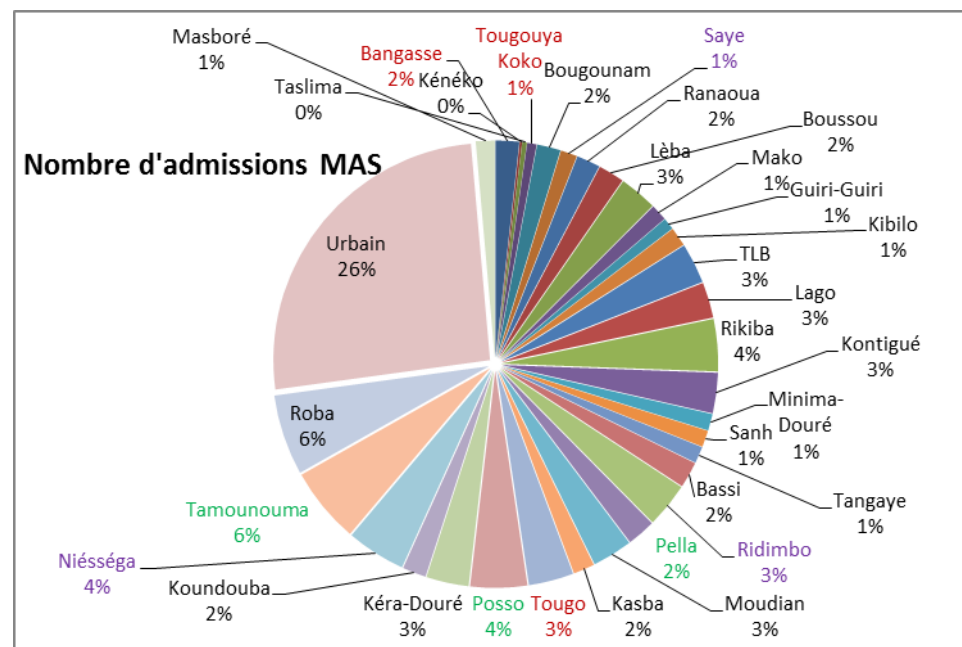


Figure 6 :Proportion du nombre d'admissions MAS par CSDS de mai à juillet 2015 à Gourcy

En comparant les proportions des populations de 6-59 mois des aires sanitaires (3) et le nombre d'enfants MAS dépistés (4), on peut classer les CSDS en trois catégories:

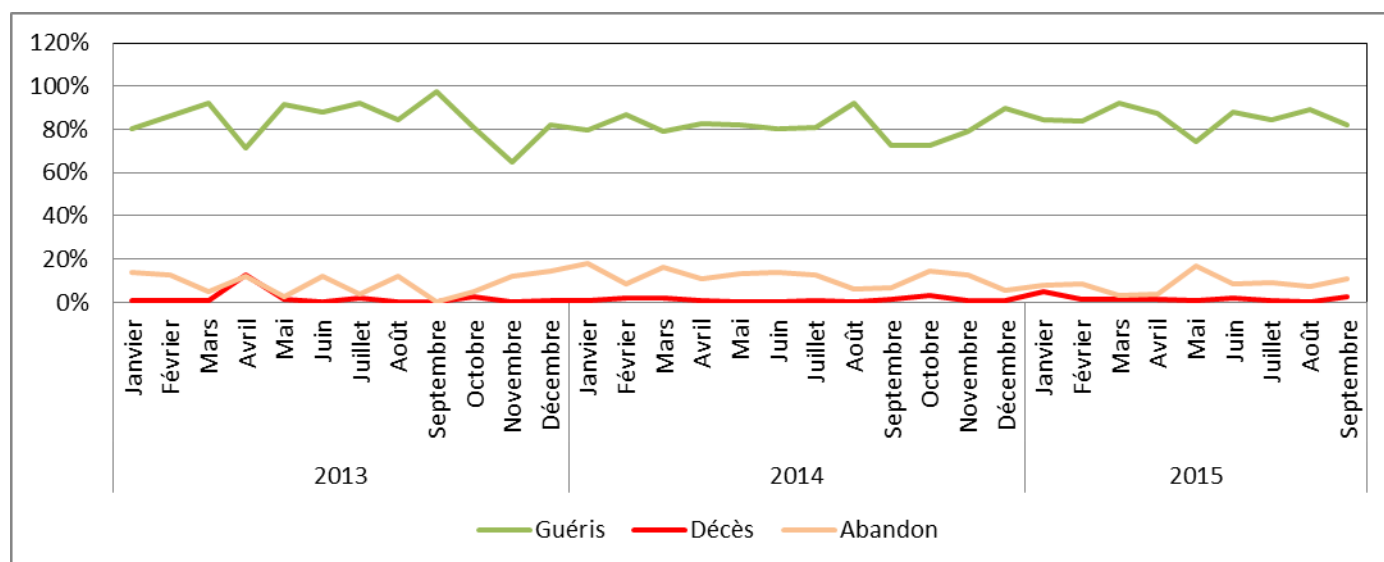
- Les CSDS dont la proportion des enfants admis au CRENAS est équivalente à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture moyenne, comme les CSDS de Ridimbo, Niessega ou Saye.
- Les CSDS dont la proportion des enfants admis au CRENAS est inférieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture faible, comme les CSDS de Bangassé, Tougouya Koko ou Tougo.
- Les CSDS dont la proportion des enfants admis au CRENAS est supérieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture élevée, comme les CSDS de Pella, Posso ou Tamounouma.

e. Evolution des indicateurs de performances aux CRENAS :

Les indicateurs de performance des CRENAS répondent aux valeurs de référence SPHERE standard de 2013 à 2015 (Taux de guérison supérieur à 80%), ce qui est favorable à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet, à une meilleure participation et adhésion de la communauté. Bien qu'élevé, on observe une légère baisse générale du taux de guérison et une augmentation du taux d'abandon tout au long de l'année 2014 avec cependant une baisse de cet indicateur en août et septembre 2014. En dehors d'un pic enregistré en avril 2013, le taux de décès est resté très bas (inférieur à 3%) au cours de ces 3 dernières années dans le district sanitaire de Gourcy.

Ces bons indicateurs témoignent en faveur d'une bonne couverture. Une analyse plus fine a été réalisée par CRENAS pour permettre une classification en trois catégories selon leurs performances. Les CRENAS ayant les meilleurs indicateurs ayant potentiellement une couverture plus élevée (beaucoup d'enfants guéris, peu d'abandons, peu de décès, peu temps dans le programme).

Figure 7: Evolution des indicateurs de performance CRENAS de 2013 à 2015 dans le district sanitaire de Gourcy



f. Evolution des indicateurs de performances au CRENI :

De façon générale, ces indicateurs sont au-dessus des normes SPHERE. Cependant, on note que le taux de guérison a considérablement baissé au cours des mois de juillet-septembre 2013 (50%), mars-mai 2014 (69%) et mars-avril 2015 (45%) ; ces périodes correspondent respectivement à la période de soudure (juin –septembre) et de pic d'IRA (janvier-avril). Le constat est le même pour les taux de décès et d'abandons qui ont augmenté de 2013 à 2015 au cours de ces mêmes périodes. Cette évolution peut avoir un impact négatif sur la couverture en donnant une mauvaise image du programme dans la communauté qui aura peur d'amener les enfants malade au CRENI voire même dans les CRENAS.

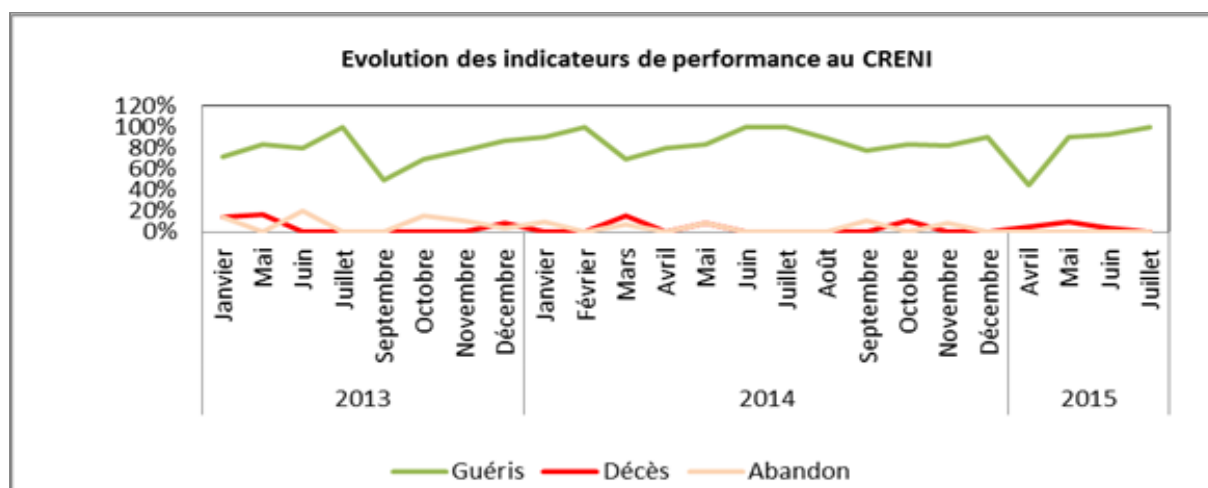


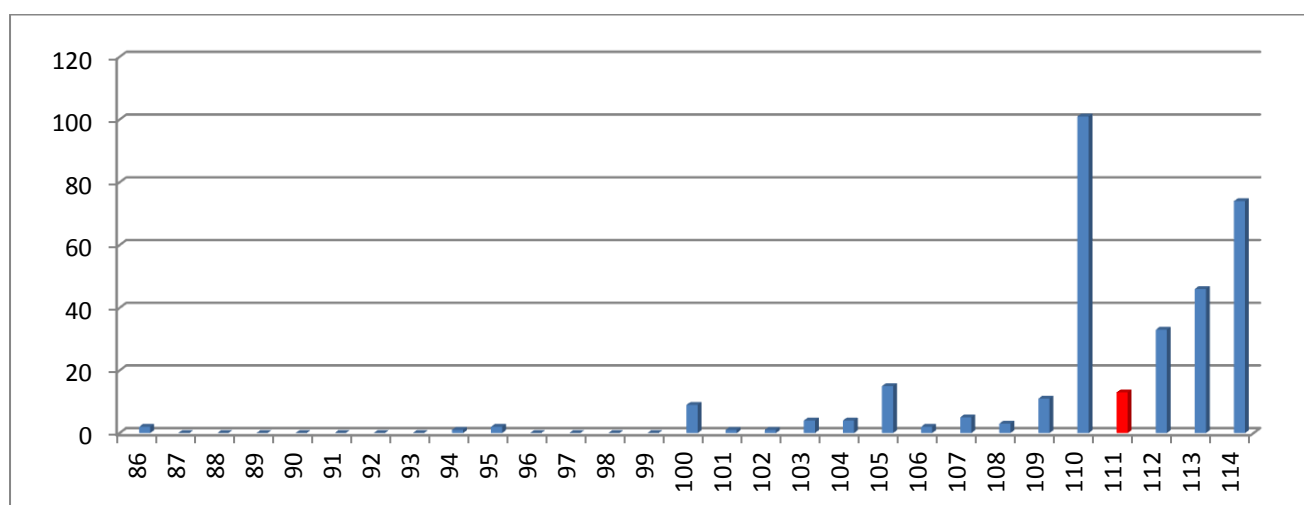
Figure 8: Evolution des indicateurs de performance CRENI de 2013 à 2015 dans le district sanitaire de Gourcy

g. Analyse du PB à l'admission

La valeur médiane du PB à l'admission est de 111mm, supérieur à 110 mm valeur seuil pour les MAS, et peut indiquer un faible niveau de mobilisation communautaire. En effet, si les enfants malnutris sont identifiés précocement, les activités communautaires de dépistage sont réalisées régulièrement et par conséquent les enfants arrivent précocement dans les structures de prise en charge. De plus un dépistage précoce des cas de malnutrition impacte positivement sur la réponse au traitement et réduit la durée de séjour.

L'analyse de la médiane des PB à l'admission par CSPS permet de classer chaque CSPS selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée : plus le Pb est proche de 110 probablement la couverture sera faible car cela veut dire que la détection le dépistage et le référencement communautaire ne se fait pas à temps, et lorsque le Pb est proche de 114mm, la couverture sera probablement bonne. Une analyse basée sur le Pb nous permet de classer les CSPS en 3 catégories.

Figure 9: PB médian à l'admission CRENAS pour Mai – Juillet 2015 au niveau du district sanitaire de Gourcy

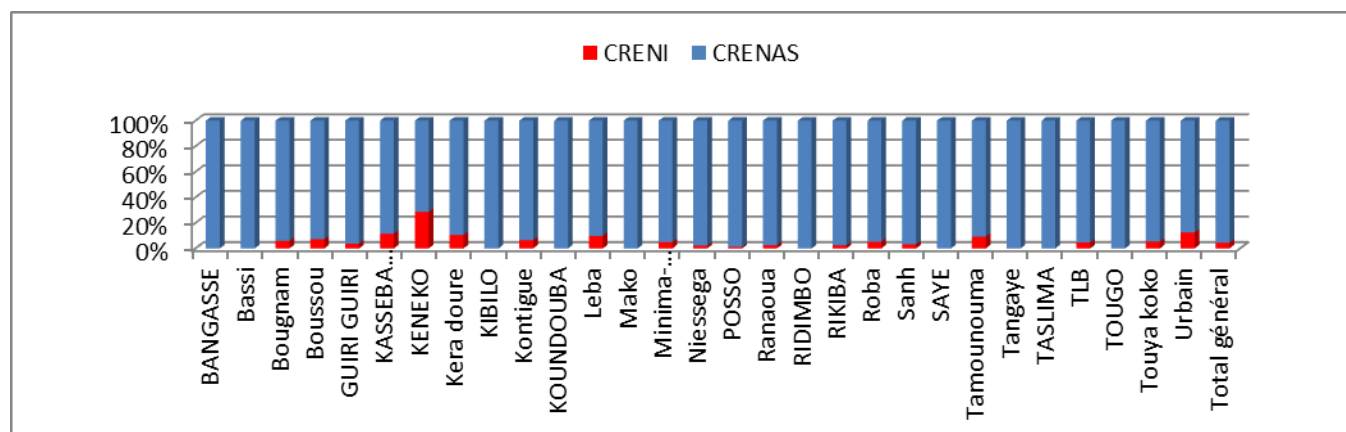


h. Pourcentage des patients référés en soins hospitaliers par CSPS

En moyenne 7 % des enfants arrivant au CSPS sont référés au CRENI, ce taux se situe dans les recommandations Sphère et est un indice de couverture acceptable. Une analyse plus fine nous permet de voir des CRENAS avec un

faible taux de transferts vers le CRENI pour qui on peut faire l'hypothèse d'une couverture élevée (détection et prise en charge précoce des MAS avant le développement des complications. Les CSPS de Guiri-Guiri, Sanh ou Posso se classent dans cette catégorie. Contrairement à des CSPS comme Kénéko qui a plus de 20 % de ses admissions transférées vers le CRENI. Il est également intéressant de s'assurer que les CRENAS qui transfèrent trop ou pas d'enfants (figure 10) maîtrisent le protocole et la gestion des cas compliqués. Il est également intéressant d'analyser si les CRENAS avec un faible taux de transfert n'enregistrent pas beaucoup de cas de refus de transfert vers le CRENI.

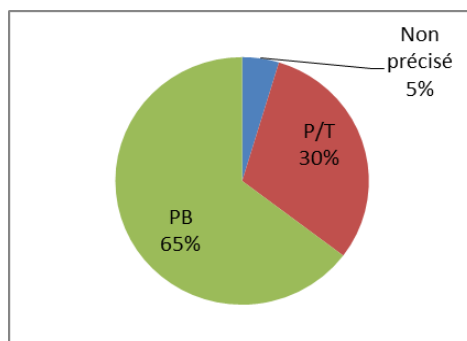
Figure 10 : Rapport admissions CRENAS/CRENI de mai – juillet 2015 dans le district sanitaire de Gourcy



i. Analyse des 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 (65%) se font sur la base du PB uniquement. Cela montre 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 ou moins de rejets des enfants référés par les relais). La proportion d'enfants admis sur œdème n'a pas été précisée; 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.

Figure 11: Critères d'admission au niveau du district sanitaire de Gourcy de mai à juillet 2015



j. Cas d'abandon :

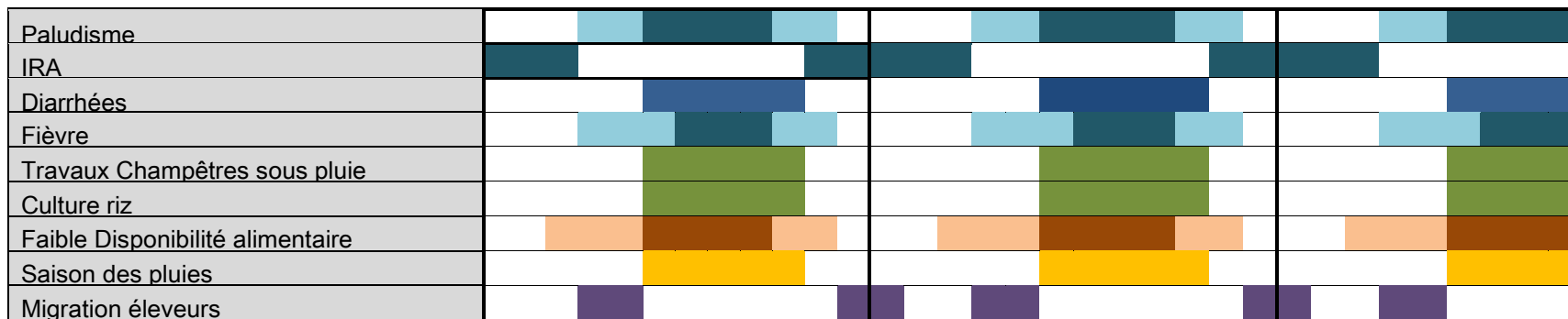
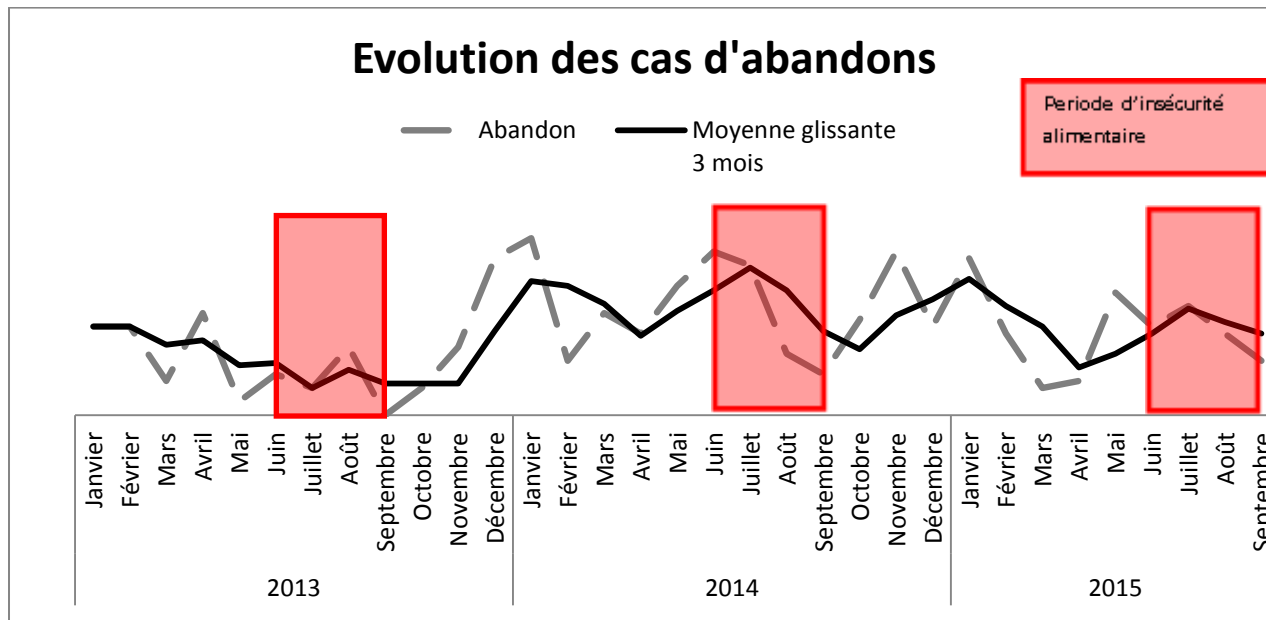
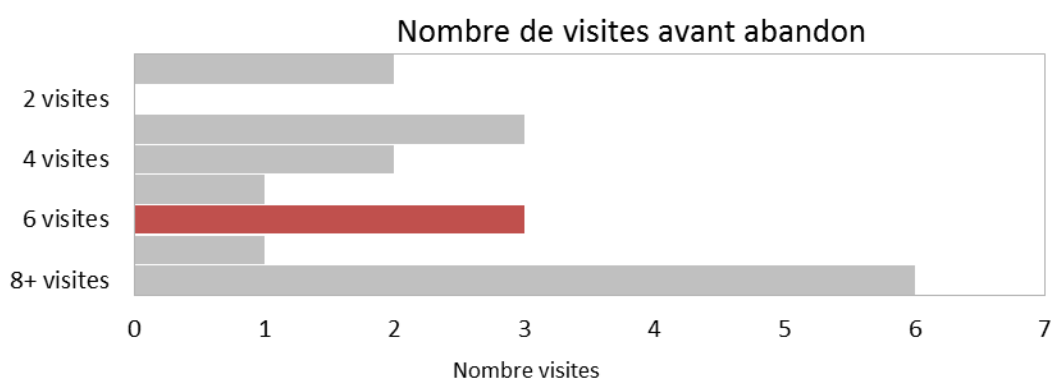


Figure 12: Evolution des abandons en fonction du calendrier saisonnier dans le district sanitaire de Gourcy

L'analyse de l'évolution du nombre d'abandons en lien avec les événements affectant la vie de la communauté nous montre une récurrence des pics d'abandon à certaines périodes de l'année de 2013 à 2015 (Figure 12). De juillet à septembre, cette période correspond à la période des travaux champêtres (forte occupation des mères) puis de novembre à janvier, période correspondant à la période de pic de maladies infantiles et de récolte des cultures. Ces pics sont généralement de même ampleur (autour de 24 abandons).

La durée médiane de séjour avant abandon est de 6 semaines (Figure 13). Il y a très peu d'abandon précoce (une à 2 semaines) ce qui aurait eu un impact négatif sur la couverture. Les enfants n'ayant pas eu le temps de récupérer en centre ambulatoire seront en effet plus vulnérables pour faire des rechutes. Cette durée de 6 semaines devrait être suffisante pour traiter un enfant malnutri, il est donc important, vue l'adhésion des mères au programme, de s'assurer que le traitement est correctement donné dans le ménage en vue d'obtenir une guérison rapide. Il existe de nombreux abandons au-delà de 7 semaines. Ces durées allongées cachent sûrement des problèmes de mauvaise utilisation des ATPE et vont avoir un impact négatif sur la couverture en donnant au programme une image négative (traitement long et inefficace).

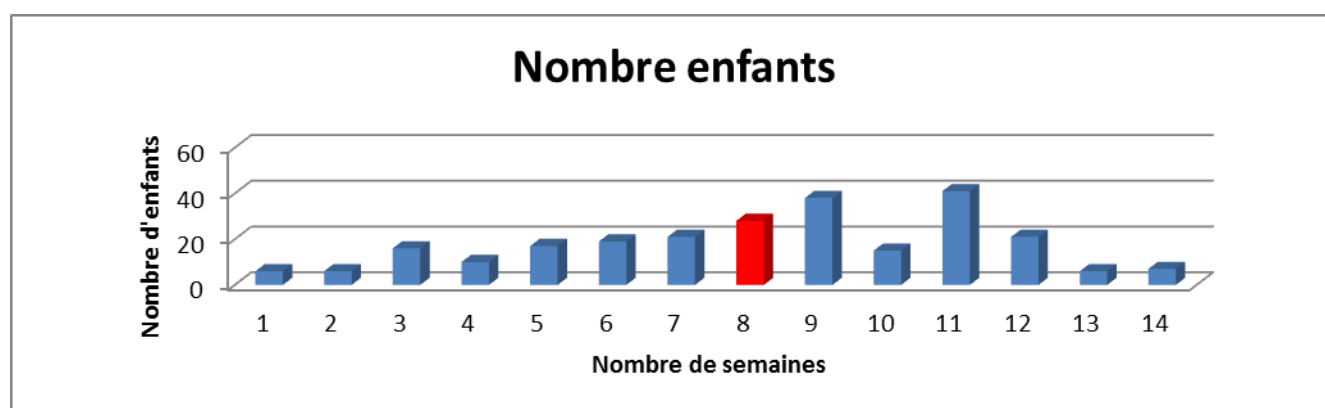
Figure 13: Nombre de visites avant abandon



k. Durée du séjour:

La durée médiane de séjour avant guérison est de 8 semaines (figure 14), ce qui se situe à la limite des recommandations du protocole national de prise en charge (≤ 8 semaines). On observe quelques cas de guérison au-delà de 12 semaines (valeur alarmante 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 de rations) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non-répondants).

Figure 17: Durée de séjour avant guérison



I. Dépistage :

HKI à travers le projet PROMIS, en partenariat avec le district sanitaire de Gourcy, a initié une stratégie de dépistage de routine tant au niveau communautaire qu'au niveau des formations sanitaires, en plus des campagnes trimestrielles de dépistages de masse sur l'ensemble du district. C'est ainsi que, de janvier à septembre 2015, 27 239 enfant ont été dépistés en routine dans le district soit 71,6% des enfants de 6-59 mois du district sanitaire de Gourcy, ce qui pourrait être le présage d'une bonne couverture.

On constate (figure 15) une intensification des activités de dépistage pour la période d'avril-juillet, période de prévalence élevée de malnutrition. Cela va surement en faveur de la couverture en permettant une prise en charge précoce des MAS et MAM et en permettant aussi d'éviter à de nombreux MAM de devenir MAS. Cependant, ce chiffre doit être pris avec prudence, car les relais communautaires et membres CVN ne sont pas toujours supervisés durant leur dépistage. De plus, il n'existe pas de moyen efficace pour éviter de reporter des doublons ou vérifier la taille réelle de la population.

Une analyse plus fine des activités de dépistage par CSI (figure 16) nous permet de classer les CSI en 3 trois groupes (couverture faible, moyenne et élevée) selon leur taux de dépistage. Plus le taux de dépistage est élevé comme à Lago ou Tougouya KoKo (TKK) avec des taux supérieur à 100%, plus on peut supposer que la couverture dans ces zones est élevée. Contrairement à des taux de dépistage faible comme à Bougounam ou Kontiguè avec des taux de dépistages inférieurs à 25 % de la population cible.

Figure 15: Evolution du dépistage de Janvier à septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy

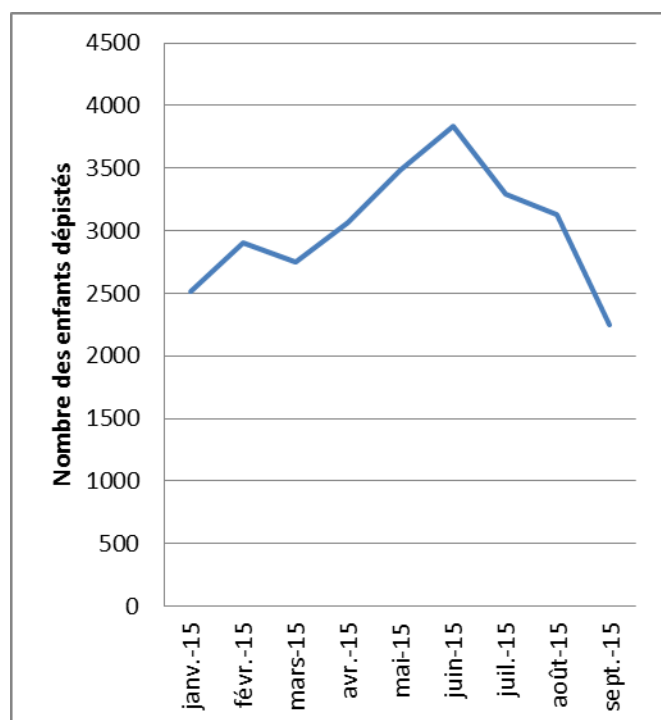
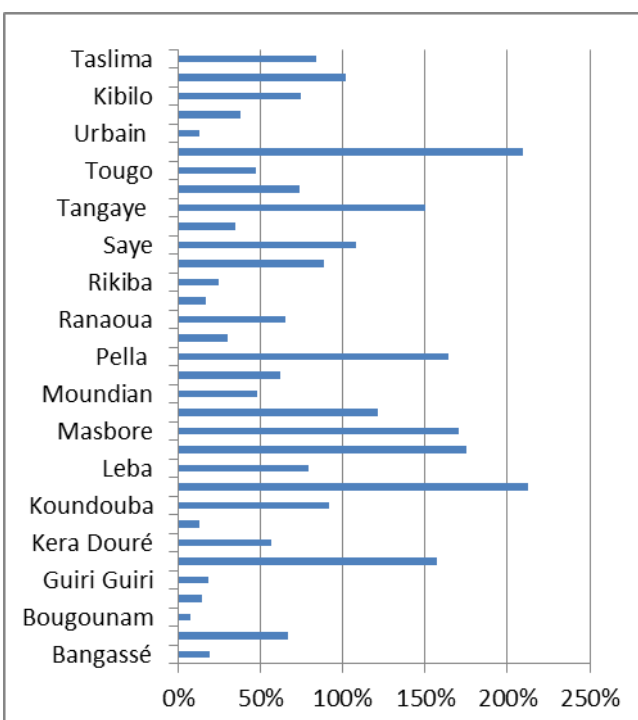
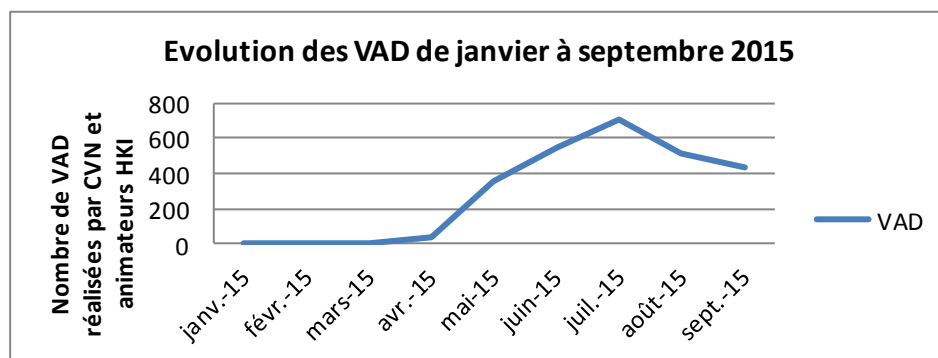


Figure 16: Pourcentage de dépistés de Janvier à septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy



m. Les visites à domicile (VAD) :

Figure 17: Evolution du nombre de VAD réalisées d'avril à septembre 2015



Au total, 2590 VAD ont été réalisées dans le district de Gourcy de Janvier à Septembre 2015, même si cette activité n'a effectivement démarré qu'à partir du mois d'avril lors de la mise en place des comités villageois de nutrition initiée par HKI. L'analyse du nombre VAD est également un indice de la couverture d'une aire de santé (figure 17). Ainsi plus les VAD ont été réalisées dans une zone, plus grande est la chance que l'information sur la malnutrition se diffuse dans la communauté et que la couverture soit relevée.

Selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë du BF, une recherche d'absence par VAD doit être réalisée pour chaque absence des cas de malnutrition suivis pour prévenir les abandons. Pour le projet PROMIS, les VAD font partie de l'activité de routine des membres CVN et des animateurs. On constate une augmentation du nombre VAD pendant la période des travaux champêtres (juin- août), période de pic des abandons, liée à l'occupation des mères dans les champs. Cela montre une certaine réactivité du niveau communautaire (CVN).

n. Information-Education-Conseil (IEC):

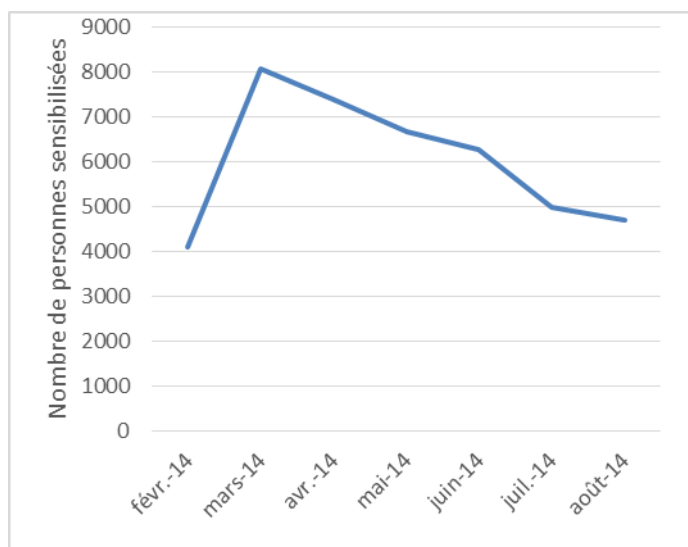


Figure 18: Evolution du nombre de personnes sensibilisées d'avril à septembre 2015

47 440 personnes ont été touchées par des séances de sensibilisation dans le district de Gourcy de janvier à septembre 2015 soit 22% de la population (Figure 18). On note cependant une baisse progressive du nombre de personnes touchées par la sensibilisation ; cela montre un relâchement au niveau des activités des relais communautaires dans leur activité de sensibilisation. L'analyse du nombre personnes sensibilisées est un indice de la couverture d'une aire de santé. Ainsi plus le 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 relevée.

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 fiabilité des informations transmises.

Tableau 1: Récapitulatif de l'analyse des données quantitatives

CSPS	Rapport admissions CRENI/CRENAS	Admissions vs population	Pb admission	Séjour avant guérison	% dépistage	Indicateurs performance	Conclusion hypothèse de couverture
Bangasse							
Bassi							
Bougounam							
Boussou							
Guiri-Guiri							
Kasba							
Kénéko							
Kéra-Douré							
Kibilo							
Kontigué							
Koundouba							
Lago							
Lèba							
Mako							
Masboré							
Minima-Douré							
Moudian							
Niésséga							
Pella							
Posso							
Ranaoua							
Ridimbo							
Rikiba							
Roba							
Sanh							
Saye							
Tamounouma							

CSPS	Rapport admissions CRENI/CRENAS	Admissions vs population	Pb admission	Séjour avant guérison	% dépistage	Indicateurs performance	Conclusion hypothèse de couverture
Tangaye							
Taslima							
TLB							
Tougo							
Tougouya Koko							
Urbain							

	Hypothèse de couverture
	Faible
	Moyenne
	Elevée
	Pas de données

2. Analyse des données 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 (CRENI et CRENAS), 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).

Les entretiens ont été réalisés par les équipes du projet PROMIS avec l'appui des consultants de manière à avoir 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 méthode de collecte et par source par un processus de triangulation.

a. Connaissance de la malnutrition et connaissances des signes

Autrefois, les malnutris étaient laissés à leur sort par manque de traitement ; c'est donc une maladie bien connue dans la province. Le caractère méprisable de ses manifestations témoigne de la mosaïque de termes locaux utilisés pour sa désignation.

Il existe une pléthore de mots pour décrire le marasme dans le district de Gourcy (annexe 3). Dans leur grande majorité, ils ont une connotation péjorative car ils font le lien entre l'état clinique de l'enfant et les causes ayant entraîné cet état. Le terme le plus couramment retrouvé pour le marasme est « yonbdo » (en langue locale mooré) qui signifie ce qui est plissé, froissé ou fané ; c'est la forme la plus reconnue dans la localité. Même si le kwashiorkor existe, la population a des difficultés à faire un rapprochement avec la malnutrition. La mise en place du programme PCIMA a permis aux populations de faire le lien entre kwashiorkor et malnutrition. Les termes de dénigrement ont été dans la majorité des CAS utilisés pour décrire l'enfant souffrant de la malnutrition même si son caractère stigmatisant a fini par s'estomper avec l'arrivée de la PCIMA.

De façon général, la population semble avoir une assez bonne compréhension de la malnutrition (plus précisément du marasme) mais les causes de la malnutrition (marasme) semblent être peu connues au regard de la diversité des réponses recueillies sur le sujet auprès des populations. Une part importante des personnes interrogées lie la malnutrition aux grossesses rapprochées, à l'insuffisance ou à la mauvaise qualité du lait de la mère allaitante, ou aux maladies en général.

En outre, une autre cause évoquée pour expliquer la malnutrition est la pauvreté. Elle serait associée à un manque de ressources financières qui limite l'accès à une nourriture de qualité dans le ménage.

Cependant, les causes et le diagnostic du kwashiorkor restent encore flous pour la population et révèlent l'insuffisance de la sensibilisation sur ce type de malnutrition auprès des communautés.

b. Traitement de la malnutrition aigue

Pour la majorité des personnes rencontrées, le premier recours aux soins de la malnutrition se fait auprès des guérisseurs traditionnels qui utilisent des produits traditionnels (décoctions...) puis, en cas d'échec ou complications, la consultation au CSPS est alors envisagée. Ce retard à la consultation au niveau des formations sanitaire se justifie par le fait que selon les croyances locales, la malnutrition appelée ici « pond yaoga » (sorte de crapaud maigre en langue mooré) serait causée par le contact entre la mère enceinte et ce type de crapaud durant la grossesse. Cette maladie causée par le crapaud, selon toujours les croyances locales ne peut être soignée qu'avec des produits traditionnels.

Il ressort des entretiens que la PCIMA utilise comme traitement le PlumpyNut ou le PlumpySup et le CSB pour la prise en charge des enfants malnutris. Les appellations locales admises dans le contexte de Gourcy sont de trois ordres : les uns l'appellent « chocolat », d'autres l'assimilent au biscuit et certains le comparent au « téguédégué » (pâte d'arachide en langue mossi).

Le PPN est perçu en même temps comme un aliment, mais également comme médicament. La population remarque le changement positif de l'état de l'enfant sous traitement, ce qui motive l'adhésion au traitement jusqu'à la guérison.

Les rations à donner aux enfants ne sont pas très précises (« Oui, au CSPS, on nous explique comment utiliser le PPN. Il faut donner à volonté, nous amenons le PPN au champ et l'enfant mange bien » *Accompagnant homme d'enfant MAS du village de Pella*) ou sont en défaveur de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des enfants (« L'enfant reçoit sa ration habituelle, mais souvent si le produit est insuffisant au niveau du CSPS, l'enfant peut ne pas recevoir la totalité de la ration qui lui est destinée, l'agent de santé fait en sorte que le stock de PPN présent puisse suffire à ceux qui sont là ce jour. » *Accompagnantes d'enfant MAS (femmes) de Bassi*), en témoignent ces différents commentaires lors des entretiens réalisés.

De rares cas de ruptures de PlumpySup ont été constatées, elles ont un impact négatif sur la couverture : les enfants sous PlumpyNut pouvant rester dans la communauté en pensant que la rupture concerne également le PlumpyNut ; de plus, la non-prise en charge des MAM et une absence de suivi adéquat, risquent de faire augmenter le nombre de MAS non couverts au sein de la communauté.

c. Connaissance et appréciation du service

Le programme PCIMA est en général bien apprécié et connu par la population à travers les canaux de communication classique (la radio et centre de santé, à travers les campagnes de dépistage, les ASBC) les acteurs de projets mais les personnes interrogées estiment que l'information est insuffisante.

Selon les témoignages, l'appréciation du service PCIMA est motivée par la guérison des enfants et l'acceptation du référencement par les accompagnants/parents de l'enfant MAS. La population ne connaît pas bien les critères

d'admission et comprend mal que seuls les enfants « qui tombent dans les critères » peuvent accéder aux soins. Pour beaucoup, l'accueil reste à améliorer dans certains centres de santé car les mères sont mal accueillies, insultées ou même rejetées par les agents de santé (« *Quelque fois, certaines femmes sont insultées* » *Accompagnant d'enfant MAS homme de Keneko (village songdin)*).

Des insuffisances sont constatées dans la prise en charge de la malnutrition, comme le non gratuité du traitement « total » de la malnutrition souvent évoquée dans certains témoignages.

Il existe des cas d'abandons dans les communautés et selon les sources, ces attitudes sont le plus souvent liées à l'accueil dans les centres de santé ou à l'occupation des mères par les travaux champêtres. En témoigne cet agent de santé qui a conscience du problème : « nous enregistrons certains abandons dans la communauté parce qu'ils ont été mal accueillis par les agents de santé (reproche, injure) mais nous avons conseillé beaucoup qui ont repris. Selon certains, c'est la rupture des intrants qui freine la prise en charge de la malnutrition : « Certains ont abandonné parce qu'il y avait des ruptures de produits (ASBC du CSPS de Kasba)

d. Activités au niveau communautaire du Projet HKI/PROMIS basé à Gourcy

HKI a mis en place des stratégies pour booster les sensibilisations au niveau communautaire à travers la mise en place de comité villageois de nutrition (CVN) dans chacun des 114 villages que compte le district sanitaire de Gourcy. Ce sont 6 volontaires bénévoles dans chaque CVN qui sont formés à la sensibilisation (soit 684 personnes) sous la supervision des 9 animateurs HKI. Au niveau des centres de santé, les agents de santé communautaires appuient les équipes pour les sensibilisations et le dépistage lors des consultations du nourrisson sain avec l'appui également des animateurs HKI.

Les superviseurs HKI ont sous leur responsabilité les animateurs à qui ils apportent un appui technique et travaillent en collaboration avec les agents de santé des formations sanitaires. Cet appui a permis d'améliorer la prise en charge notamment en permettant la mise en place effective des sensibilisation au niveau communautaire, les VAD et un meilleur suivi dans le remplissage des outils de dépistage et la gestion des stocks des intrants nutritionnels.

Le district sanitaire de Gourcy bénéficie selon les populations d'un fort réseau de bénévoles impliqués dans la lutte contre la malnutrition, à l'origine d'une sensibilisation communautaire efficace à travers la variation des thèmes abordés et l'accompagnement permanent des femmes avant et au cours de la prise en charge des enfants.

Parmi ces bénévoles, on distingue les relais communautaires, les ASBC, les CVN et les animateurs d'ONG et d'associations qui ont pour principales activités la sensibilisation et le dépistage de la malnutrition au niveau communautaire. A travers leurs activités, leur rôle de soutien familial et communautaire est reconnu au sein de la population.

Les relais communautaires sont reconnus pour leur aptitude et leur forte capacité de travail ; ils utilisent des outils conventionnels tels que des MUAC, les BAI et divers supports de collecte de données afin de réaliser la sensibilisation et

le dépistage dans leur communauté. L'ASBC est reconnu par la population comme étant l'acteur de premier plan pour le dépistage communautaire. Selon certains agents de santé, une forte implication des ASBC dans tous les processus d'implantation et d'implémentation des programmes sera plus judicieuse pour favoriser l'appropriation des projets par les bénéficiaires car, « une des défaillances du système de santé est qu'il n'a pas impliqué les ASBC dès le départ. Cela fait que l'ASBC n'est pas reconnu comme une personne ressource. »

Dans toutes les aires de santé du district de Gourcy, il existe un comité villageois de nutrition CVN composé de 6 personnes dont deux femmes influentes (GM), de deux ASBC, d'un représentant du chef du village et un représentant des jeunes. Ces derniers contribuent à la diffusion des messages clés liés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, au dépistage et au référencement des cas de malnutris dépistés. Les groupes de CVN se rencontrent selon un rythme mensuel afin de partager des informations ou planifier les séances de sensibilisation ; ils sont considérés par la population comme des personnes ressources.

e. Barrières et boosters à l'accessibilité

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

Tableau 2: Barrières et boosters

Barrières	Boosters
<i>Occupation des mères</i>	<i>Bonne collaboration entre les partenaires</i>
<i>Insuffisances dans la sensibilisation communautaire</i>	<i>Bonne utilisation des CdS</i>
<i>Itinéraires thérapeutiques alternatives</i>	<i>Fort réseau des bénévoles</i>
<i>Relation de genre</i>	<i>Appréciation du service PCIMA</i>
<i>Longue durée du traitement</i>	<i>Soutien familiale & communautaire</i>
<i>Insuffisances dans la qualité du service PCIMA</i>	<i>Efficacité de la sensibilisation communautaire</i>
<i>Stigmatisation</i>	<i>Disponibilité des intrants nutritionnels</i>
<i>Mauvais accueil</i>	<i>Bonne organisation de la PEC</i>
<i>Mauvaise compréhension des causes de la malnutrition</i>	<i>Dépistage systématique</i>
<i>Barrières géographiques</i>	<i>Auto-référencement</i>
<i>Méconnaissance du programme PCIMA</i>	<i>Efficacité du traitement (PlumpyNut®)</i>
<i>Insuffisances dans la sensibilisation au niveau des structures sanitaires</i>	<i>Compréhension de la malnutrition</i>
<i>Rupture d'intrants</i>	
<i>Partage de PlumpyNut®</i>	

ETAPE 2 : CONFIRMATION DE ZONES DE COUVERTURE ELEVEE OU FAIBLE (ENQUETE SUR PETITE ZONE)

1. Méthodologie

L'analyse de la distribution spatiale des admissions et des différents facteurs influençant la couverture suggère une couverture probablement hétérogène.

Trois hypothèses concernant les zones de couverture élevée et les zones de couverture faible ont été proposées :

- la couverture est probablement plus élevée dans les villages recevant du LNS
- la couverture est probablement plus élevée dans les CSPS ayant de bonnes performances
- la couverture est probablement plus élevée dans les zones proches des CSPS

Hypothèse	Zone de couverture probablement élevée	Zone de couverture probablement faible
Hypothèse 1 : LNS	La couverture est plus élevée dans les villages recevant du LNS	La couverture est plus faible dans les villages ne recevant pas du LNS
Hypothèse 2 : Performance	La couverture est plus élevée dans les villages appartenant à des aires de sante performante	La couverture est plus faible dans les villages n'appartenant pas à des aires de sante performantes
Hypothèse 3 : distance	La couverture est plus élevée dans les villages proches du CSPS	La couverture est plus faible dans les villages éloignés du CSPS

Pour tester ces hypothèses la recherche des cas de la petite zone a concerné les villages et hameaux correspondants aux critères cités ci-dessus, de 8 aires de santé⁸.

⇒ La stratégie de recherche active et adaptative a été utilisée.

2. Résultats des données quantitatives et qualitatives de l'enquête sur petite zone

- Lors de l'enquête petite zone, seuls **9 cas de MAS ont été trouvés**. Il n'a pas été possible de valider les hypothèses vu la faible taille de l'échantillon.
- L'exercice a été refait après l'enquête grande zone en classant les villages selon les caractéristiques de l'hypothèse de l'étape 2.

L'analyse des résultats 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 45% (valeur légèrement inférieure au standard de 50% pour un milieu rural).

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

⁸ Aires sanitaires de Bangasse, Niessgua, Kera Doure, Rengueba, Kiri Potega, Taslima, Keneko, Moundia

$d = \lfloor n \times p/100 \rfloor$ n: nombre de cas trouvés; p: couverture standard définie pour la zone

a. Hypothèse 1 : LNS

- Résultat de la recherche de cas :

Hypothèse de couverture supposée élevée : Villages avec LNS	Nombre de cas MAS	27	
	Nombre de cas couverts	13	
	Nombre de cas non couverts	14	
	En voie de guérison	6	
Hypothèse de couverture supposée faible : Villages sans LNS	Nombre de cas MAS	30	
	Nombre de cas couverts	13	
	Nombre de cas non couverts	17	
	En voie de guérison	6	

- Analyses selon la méthodologie LQAS :

Hypothèse de couverture supposée élevée : Village avec LNS	p=45%		Cas MAS couverts (14) > règle de décision (12)
	n= 27		Couverture actuelle > 45%
	règle de décision	Hypothèse de couverture faible confirmée	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = 27 \times (45/100) = 12,15$	
		d = 12	
Hypothèse de couverture supposée faible : Village sans LNS	p=45%		Cas MAS couverts (13) = règle de décision (13)
	n= 30		Couverture actuelle < 45%
	règle de décision	$d = 30 \times (45/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$d = 30 \times (40/100) = 13,5$	
		d = 13	

- Conclusion :

Hypothèse confirmée : La couverture serait plus élevée dans les zones où le LNS est disponible.

a. Hypothèse 2 : Performance des CSPS

- Résultats de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée :	Nombre de cas MAS	24	
---	-------------------	----	--

Villages dans aire de santé avec performance élevée	Nombre de cas couvert	10	
	Nombre de cas non couvert	14	
	En voie de guérison	5	
Hypothèse de couverture supposée faible : Villages dans aire de santé avec performance faible	Nombre de cas MAS	32	
	Nombre de cas couvert	16	
	Nombre de cas non couvert	17	
	En voie de guérison	6	

- Analyses selon la méthodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée : Villages dans aire de santé avec performance élevée	p =45%		Cas MAS couverts (10) = règle de décision (10)
	n = 24		Couverture actuelle < 45%
	règle de decision	Hypothèse de couverture faible confirmée	Hypothèse de couverture élevée non confirmée
		$d = 24 \times (45/100) = 10,8$	
		d= 10	
Hypothèse de couverture supposée faible : Villages dans aire de santé avec performance faible	p=45		Cas MAS couverts (16) > règle de décision (14)
	n= 32		Couverture actuelle > 45%
	règle de decision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture faible non confirmée
		$d = 32 \times (45/100) = 14,4$	
		d= 14	

- Conclusion :

Hypothèse non confirmée : La bonne performance d'un CSPS n'entraîne pas une bonne couverture, d'autres facteurs doivent intervenir.

b. Hypothèse 3 : Distance au CSPS

- Résultats de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée : Villages proche du CSPS	Nombre de cas MAS	35	
	Nombre de cas couverts	19	
	Nombre de cas non couverts	16	
	En voie de guérison	6	
Hypothèse de couverture supposée faible :	Nombre de cas MAS	22	

Villages éloignés du CSPS	Nombre de cas couverts	7	
	Nombre de cas non couverts	15	
	En voie de guérison	6	

- Analyses selon la méthodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée : Villages proche du CSPS	p=45%		Cas MAS couverts (19) > règle de décision (15)
	n= 35		Couverture actuelle > 45%
	règle de décision	Hypothèse de couverture faible confirmée	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = x \cdot (45/100) = 15,75$	
		d= 15	
Hypothèse de couverture supposée faible : Villages éloignés du CSPS	p=45%		Cas MAS couverts (7) < règle de décision (9)
	n= 22		Couverture actuelle < 45%
	règle de décision	$d = n \cdot (p/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$d = 22 \cdot (45/100) = 9,9$	
		d= 9	

- Conclusion

Hypothèse confirmée : la couverture est plus élevée dans zones plus proches des CSPS et faible dans les zones éloignées des CSPS.

ETAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE

1. Estimation de la probabilité a priori

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 résultats du BBQ pondérés se retrouvent dans le tableau ci présenté :

Tableau 3: BBQ pondéré par la communauté et l'équipe :

Barrières	Poids Barrières communauté	Poids Barrières équipe	Poids Boosters communauté	Poids Boosters équipe	Boosters
Occupation des mères	7	3	6	3	Bonne collaboration entre les partenaires
Insuffisances dans la sensibilisation communautaire	4	5	5	6	Bonne utilisation des CdS
Itinéraires thérapeutiques alternatifs	5	3	5	5	Fort réseau des bénévoles
Relation de genre	4	2	4	5	Appréciation du service PCIMA
Longue durée du traitement	4	3	4	5	Soutien familiale & communautaire
Insuffisances dans la qualité du service PCIMA	3	5	3	4	Efficacité de la sensibilisation communautaire
Stigmatisation	3	3	5	4	Disponibilité des intrants nutritionnels
Mauvais accueil	4	6	4	4	Bonne organisation de la PEC
Mauvaise compréhension des causes de la malnutrition	4	4	3	4	Dépistage systématique
Barrières géographiques	4	2	4	3	Auto-référencement
Méconnaissance du programme PCIMA	5	2	5	6	Efficacité du traitement (PlumpyNut®)
Insuffisances dans la sensibilisation au niveau des structures sanitaires	5	4	4	4	Compréhension de la malnutrition
Rupture d'intrants	3	4			
Partage de PlumpyNut®	3	2			
	58	48	52	53	

*Classé selon l'importance par les membres de la communauté et l'équipe (SQUEAC) lors de l'exercice de la pondération

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

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

➤ BBQ pondéré par la communauté

Avec : Barrières = $100 - 58 = 42\%$

Boosters = $0 + 52 = 52\%$

$$\text{Prior} = \frac{(42 + 52)}{2}$$

Soit Prior = 47%

➤ BBQ pondéré par l'équipe

Avec : Barrières = $100 - 48 = 52\%$

Boosters = $0 + 53 = 53\%$

$$\text{Prior} = \frac{(52 + 53)}{2}$$

Soit Prior = 52,5%

Le BBQ simple à donner 43%

Le BBQ pondéré par la communauté a donné 47%

Le BBQ pondéré par l'équipe a donné 52,5%

L'histogramme a donné 47,5%

La carte conceptuelle a donné 55%

Soit un Prior moyen de 49% arrondi à 50%.

Ce qui correspond aux valeurs 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.

2. Evidence vraisemblable

Selon la taille d'échantillon suggérée par la calculatrice de Bayes (57), la population moyenne par village (1 919⁹), la proportion des 6-59 mois (19%) et la prévalence de la MAS dans la région (2,6% (1,7% - 4,0%)¹⁰), l'échantillon minimal de villages à enquêter est de : 6 villages.

$$N \text{ village} = \frac{n}{\text{population moyenne par village} \cdot \text{proportion des enfants 6-59mois} \cdot \text{Prévalence de la MAS}} = 6 \text{ villages}$$

Avec :

- $n = 57$,

- Population moyenne des villages = 1 919

- Proportion des enfants 6-59mois = 19%

- Prévalence MAS 2014 = 2,6% (1,7% - 4,0%)

➤ Soit une valeur de **N=6 pour avoir les 57 MAS.**

Vu la faible prévalence constatée à l'étape 2 et le nombre d'équipes disponibles, ce chiffre a été remonté à 32 villages ou hameaux. Les villages ont été choisis en utilisant la méthodologie de l'échantillonnage spatialement stratifié (voir guide FANTA).

Au total 48 MAS ont été trouvés et 23 étaient couverts, 25 non couverts et 12 en voie de guérison.

Constat :

- Les raisons de non couverture des cas MAS sont principalement liées à un manque de suivi des MAS aussi bien au niveau communautaire. Ainsi, un cas non couvert sur deux a déjà été admis dans le programme.

⁹ 112 villages et une population de 214 978 habitants estimée pour 2015 pour l'ensemble du district

¹⁰ SMART 2014 prévalence région Nord

- L'accueil et la prise en charge au niveau des CSPS semblent également faire défaut : 30% des accompagnants ont affirmé s'être présentés au niveau du CSPS mais n'ont pas été pris en charge soit parce que l'agent de santé était trop occupé ou soit parce qu'il n'a pas fait de dépistage.
- Ce problème a été amplifié par la situation politique au moment de l'enquête où 20% des mères ont en effet affirmé ne pas s'être rendues au niveau des CSPS à cause de la grève des agents de santé (figure 19).

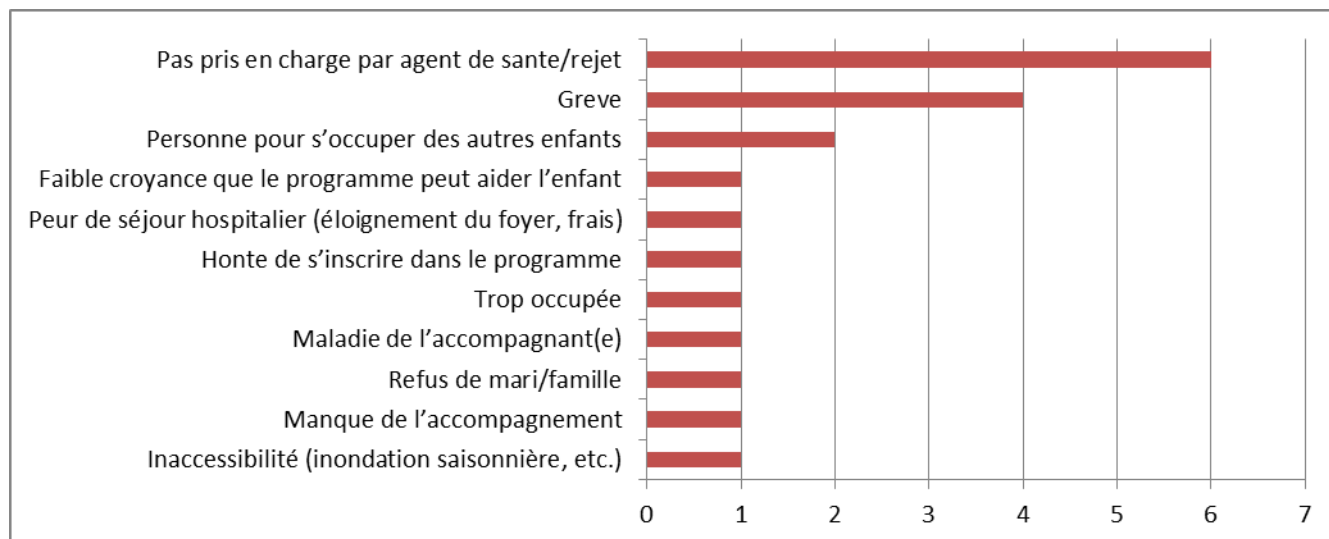


Figure 19: Raison de non fréquentation des CSPS au niveau du district sanitaire de Gourcy en septembre 2015

- Enfin, si plus de 90% des accompagnants étaient conscients que leur enfant était malade seuls 30% ont pu reconnaître certains signes de la malnutrition (amaigrissement, apathie, œdèmes,...) (Figure 20).

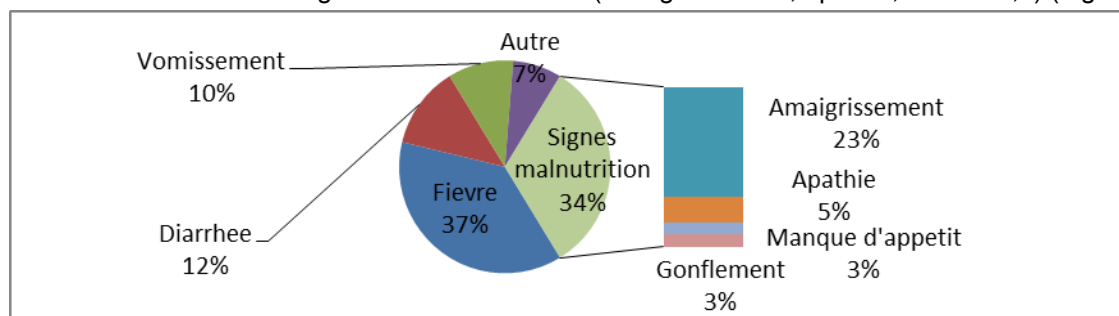


Figure 20: Signes de maladie ayant alerté les accompagnants d'enfants MAS retrouvés lors de l'enquête en septembre 2015 à Gourcy.

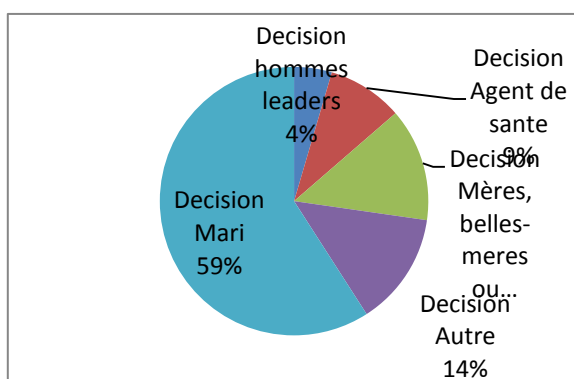


Figure 21: Répartition de ceux qui décident de l'initiation du traitement des enfants dans le district de Gourcy en septembre 2015

Les maris et les ascendantes (mères, belle-mère) sont les premiers décisionnaires sur le traitement à suivre (figure 21). Ils orientent d'abord vers les médecines alternatives et l'automédication avant le recours aux structures de santé (figure 22).

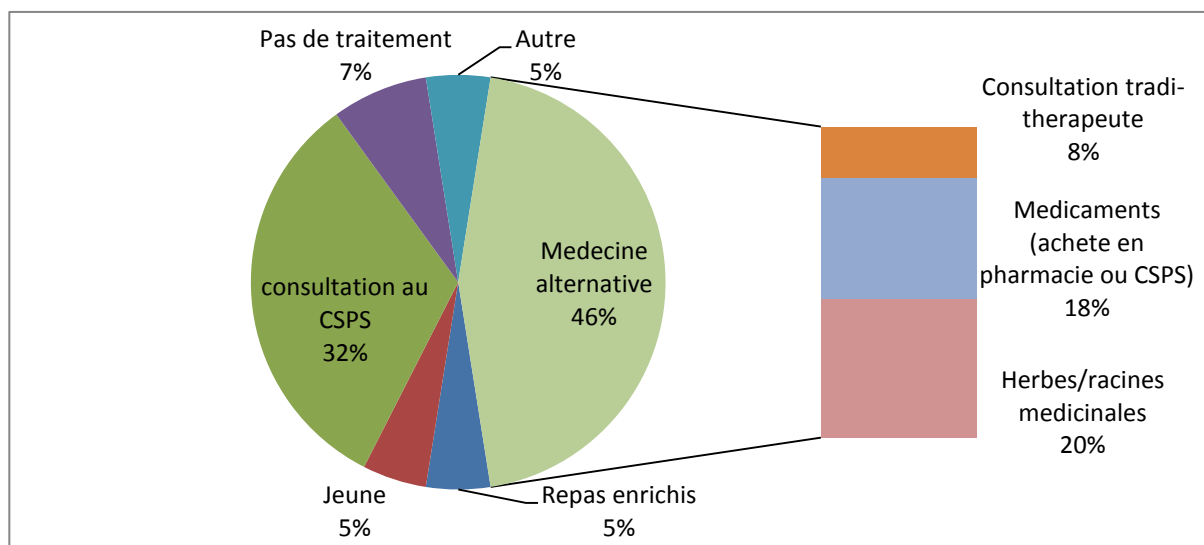


Figure 22: Répartition des types de traitement en septembre 2015 lors des entretiens réalisés dans le district de Gourcy

3. Probabilité a priori : Estimation de la couverture

Les numérateurs et dénominateurs ont été trouvés en utilisant la méthode de calcul de l'indicateur unique de la couverture

Tableau 4: Résultats de l'enquête grande zone en septembre 2015 dans le district sanitaire de Gourcy

Type de cas	Nombre de cas
Nombre total	48
Cin (cas MAS actuel couvert)	23
Cout (cas MAS actuel non couvert)	25
Rin cas en voie de guérison dans le programme	12

Calcul de Rout

$$R_{out} \approx \left[\frac{1}{k} \times \left(R_{in} \times \frac{C_{in} + C_{out} + 1}{C_{in} + 1} - R_{in} \right) \right]$$

$$k = \frac{7,5}{2,5} = 3$$

$$C_{in} = 23$$

$$C_{out} = 25$$

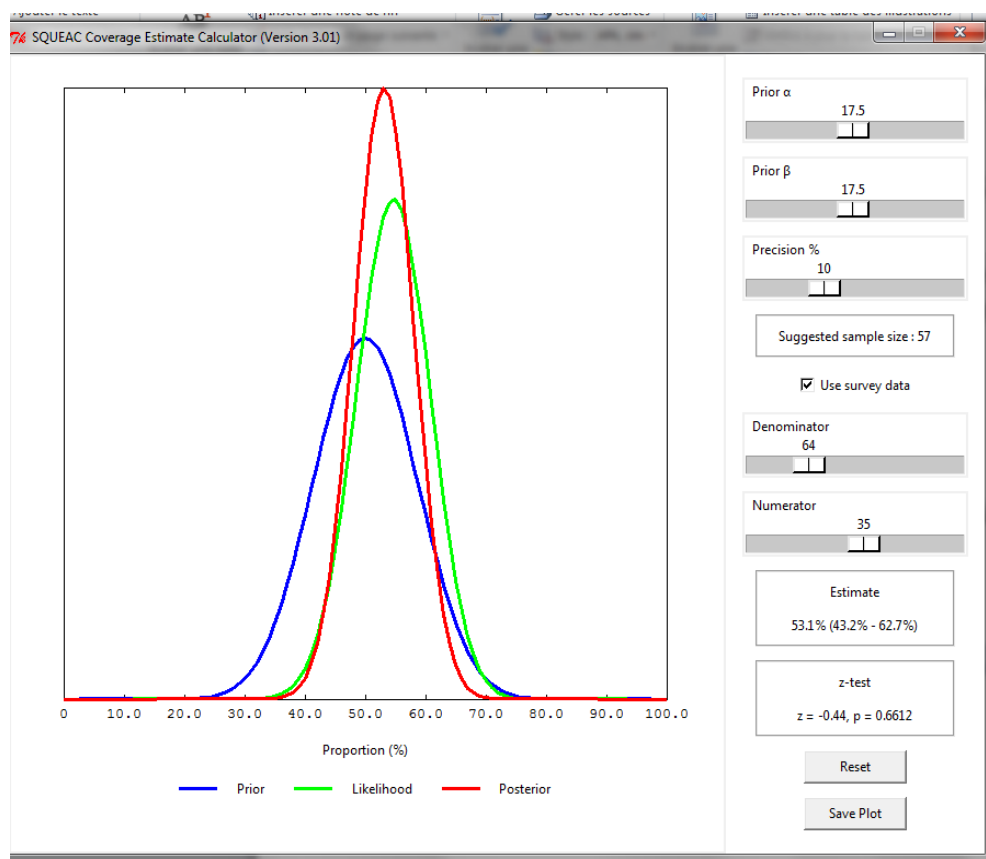
$$R_{in} = 12$$

$$R_{out} \approx \left[\frac{1}{3} \times \left(12 \times \frac{23 + 25 + 1}{23 + 1} - 12 \right) \right] = 4$$

$$Coverage = \frac{C_{in} + R_{in}}{C_{in} + C_{out} + R_{in} + R_{out}} = \frac{23 + 12}{23 + 12 + 25 + 4} = \frac{35}{64}$$

Les données de la Probabilité à Priori et les données de l'enquête (Évidence Vraisemblable) ont été introduites dans la calculatrice de Bayes qui a donné une couverture actuelle estimée à 53,1% (43,2% - 62,7%).

Figure 23 : La courbe du Prior, de l'évidence vraisemblable et de la probabilité à postériori



DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Le taux de couverture actuelle dans le district sanitaire de Gourcy a été estimé à 53,1% avec un intervalle de confiance 95%. Ce taux se situe au-dessus de la norme Sphère pour le milieu rural. Ce taux reflète, la bonne utilisation des centres de santé, le fort réseau des bénévoles existants œuvrant dans le domaine de la sensibilisation, l'appréciation du service PCIMA par les populations et l'efficacité du traitement nutritionnel.

▪ Communication et mobilisation communautaire

Le suivi des cas doit continuer dans la communauté, il ne doit pas uniquement s'appuyer sur les relais mais, les autres membres de la communauté doivent aussi être impliqués. Les grand-mères, les hommes et les leaders/autorités administratives ou coutumières doivent être sensibilisés sur la malnutrition (causes, formes, traitement, dépistage). A défaut d'être directement impliqués, ils doivent être au moins informés des cas de MAS dans le village pour pouvoir prendre la meilleure décision.

- Les mairies pourraient être une des portes d'entrée vers la communauté. D'après les entretiens, les mairies développent chaque année un plan de développement local avec un volet santé. L'inscription d'activités axées sur la nutrition, en partenariat avec les acteurs locaux, permettra une meilleure appropriation de la nutrition par les maires et leur population.

- Les maris/hommes et les ascendantes (mères, belle-mère) sont les premiers décisionnaires sur le traitement à suivre, ils devraient donc être de plus en plus impliqués lors des séances de sensibilisation sur la malnutrition (causes, formes et traitement) ; cela permettra un dépistage et une prise en charge précoce des cas de malnutrition. Ces sensibilisations ciblées à l'endroit des 1ers décideurs de la concession permettront ainsi de lutter contre les tabous alimentaires qui privent les femmes enceintes et allaitantes mais aussi les enfants, des aliments essentiels pour leur santé ; de plus, une bonne implication des chefs de famille pourrait permettre de lutter contre le retard à la consultation et l'utilisation de médecine alternative.

En plus des canaux de communication modernes qui se sont développés au cours des dernières décennies, plusieurs autres canaux traditionnels sont exploités pour la diffusion des messages dans les villages de Gourcy. Il s'agit entre autre du bouche à oreilles (crieurs publics), lors des regroupements de prière ou lors des assemblées générales qui regroupent les différentes couches sociales. Ces canaux devraient être utilisés pour toucher le plus d'hommes et l'ensemble de la communauté plutôt qu'axer la communication sur le relais communautaire ou les sensibilisations tournées vers les femmes dans les CSPS.

Au niveau sanitaire, le ministère de la santé utilise souvent les médias pour diffuser des informations auprès des populations ; la diffusion de messages spécifiques de sensibilisation comme le fait HKI (diffusion des messages radiophoniques sur l'alimentation de la femme enceinte et allaitante et du jeune enfant), pourrait être développée par les districts, les autres partenaires et la communauté pour renforcer les connaissances de ces populations en santé et nutrition.

▪ **Qualité de la prise en charge**

Même si la population apprécie le changement positif de l'état nutritionnel de l'enfant MAS qui a été mis sous traitement, la qualité de la prise en charge semble encore poser problème. L'utilisation des recommandations issues des barrières à la PCIMA identifiées lors de la SQUEAC (tableau de bord) au cours des réunions mensuelles et trimestrielles permettra d'avoir un suivi plus objectif des activités planifiées au niveau du district. Ce tableau de bord permettra ainsi de renforcer de façon ciblée les CSPS 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 CSPA (concours...).

L'une des causes de non couverture est l'insuffisance de la sensibilisation dans les formations sanitaires ; ainsi, beaucoup d'accompagnants d'enfants ne viennent pas au niveau du centre de santé soit pour la consultation du nourrisson sain, soit pour le suivi de leur enfant dans le programme PCIMA parce qu'ils ne perçoivent l'intérêt de cette consultation au niveau de la formation sanitaire. Cette insuffisance dans la prise en charge des patients constitue un frein au dépistage et à la prise en charge correcte des enfants malnutris. Ainsi, au niveau de la prise en

charge dans les CSPS, les questions de l'accueil, de l'intégration de la PCIMA dans le circuit de prise en charge ainsi que la réalité du dépistage passif doivent être revus.

Les femmes ayant raté le jour de prise en charge doivent ainsi recevoir un message clair les assurant qu'elles seront prises en charge de façon effective au cours de la semaine.

La continuité des soins devrait être assurée même en cas de grève ou de survenue d'une activité ponctuelle (campagne de vaccination...), en adaptant la prise en charge : Par exemple donner des rations pour deux semaines au lieu d'une seule semaine aux mamans d'enfant malnutris lors des rendez-vous de suivi, ou encore, impliquer et rendre polyvalent tous les agents de santé exerçant dans le CSPS. Une souplesse devrait être mise en place de façon plus générale pour permettre un compromis entre le respect du protocole et les réalités que vivent les populations pour bonne la continuité des soins.

Les activités comme le dépistage ou la sensibilisation doivent également tenir compte du calendrier saisonnier local. Par exemple, le dépistage doit être intensifié pendant les mois de avril à juillet et septembre à décembre (pic d'admissions). Les activités de suivis des cas MAS dans la communauté en Mai-août et de septembre-février (pic abandons)

Tableau 5: Tableau récapitulatifs des recommandations

Recommandations	Activités	Action	Suivi	Fréquence période	Responsable
1. Renforcer les capacités des formations sanitaires	-Renforcer les compétences des acteurs de la nutrition -Renforcer la qualité du remplissage des fiches et des registres	Formations sur le nouveau protocole PCIMA Organisation des Journées d'échanges en nutrition Supervisions formatives régulières	Rapports d'activités	Janvier 2016 T2 et T4 2016 Continue	HKI+DRS/DS HKI+DS/DRS HKI/ DS
2. Améliorer l'organisation du travail dans les formations sanitaires	-Réaliser régulièrement la PEC des MAS, MAM et la CNS - Lancer le concours du meilleur CSPS en nutrition	-Formation/recyclage des agents de santé sur l'organisation des activités dans les formations sanitaires - Lancement du concours	Rapport d'activités Monitoring	Trimestriel /Mensuel Novembre 2015	HKI/DRS/DS HKI
3. Améliorer la qualité du suivi de la prise en charge de la malnutrition	-Faire le suivi des enfants malnutris sous traitement au niveau communautaire (insister sur l'utilisation rationnelle des intrants nutritionnels, respect des RDV) - Rendre fonctionnel le CRENI du CMA de Gourcy	-monitoring régulier des VAD réalisées par les CVN -Réalisation de VAD par les animateurs HKI -Inventaire des équipements disponibles au CRENI Réhabiliter le CRENI	Rapport de monitoring et supervision - Visite-terrain rencontre etc.	Mensuel T2 2016	Agents de santé ASBC/CVN Leaders communautaires HKI

4. Développer les infrastructures de prise en charge de la MA	-Renforcer les stratégies de communication pour le changement de comportement	- Implication des hommes lors des CCC, -Sensibilisation de la communauté (théâtre, projections vidéo, émissions radio, églises, mosquées, jeux concours radiophonique etc.)	Rapport d'activités	Mensuel	Collectivités locales HKI Autorités coutumières, religieuses et responsables d'associations
	-diversifier les canaux de communication pour le changement de comportement	-Tenue des rencontres du comité de pilotage de PROMIS	T1, T2, T3 et T4 2016	Trimestriel	
5. Renforcer les activités d'IEC	-Renforcer la qualité des VAD et des supervisions	-Supervision des CVN -Formation/supervision des agents de santé -Former les animateurs à la préparation des farines enrichies localement	Rapport d'activités supervision	Mensuel	HKI /DS Animateurs HKI
	-Développer des activités de CCC par des affiches, démonstrations culinaires et autres supports visuels	-Poursuivre les animations de groupe sur les thématiques relatifs à l'ANJE et la MA à l'endroit des communautés -Dotation CSPS en supports visuels (affiches sensibilisation à préciser) et matériels de démonstration culinaire à tous les niveaux (points de contacts) -Initiation de « cuisine mobile	Rapport formation	T1 2016	HKI/GRET
	-Renforcer les compétences des agents sur les techniques de communication	Formation/recyclage et Promotion des AEH au niveau communautaire (CVN)	Cahier de dotation	T2 2016	HKI/DN/DS/DRS
	-Intensifier la sensibilisation sur l'hygiène à tous les niveaux	Mise en place de dispositif simple de lavage des mains « tippy tap » chez les CVN	Rapport d'activités	T1 2106	Animateurs
			Rapport de session	T2 2016	Animateurs et Superviseurs
				T2 2016	
6. Développer les activités de suivi & évaluation sur la PCIMA	-Analyse trimestrielle des données de routines	-Tenir des rencontres de validation des données en impliquant tous les acteurs	Rapport de supervision	Trimestriel	HKI/DS
	-			T4 2016	

7. Améliorer la gestion des intrants nutritionnels et médicaments (traitement systématique)	Poursuivre les rencontres sur la chaîne de gestion des intrants y compris le remplissage des supports	Tenue des rencontres sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement des intrants (une commande régulière, stockage adéquat des intrants) -Réaliser une enquête SQUEAC		Trimestriel (T1,T2,T3,T4)	DS/HKI
8. Renforcer la participation communautaire aux activités du PROMIS	-Exploiter tous les canaux de communication formels pour véhiculer les messages clés sur les bonnes pratiques de santé et nutrition.	-Réalisation de supervision formative -Diffuser des messages de sensibilisations au niveau des sites de regroupement des organisations religieuses (lieux de cultes) -Impliquer les COGES et autres organisations à base communautaires dans la sensibilisation des populations sur l'utilisation des services de santé	Rapport d'activités	Trimestriel Mensuel	HKI DS/HKI
9. Rehausser les compétences des acteurs communautaires sur les thématiques spécifiques et sensibles à la nutrition	Former/recycler les CVN sur les techniques d'animation de groupe, les AEN/ la PCIMA communautaire	Organiser des sessions de formation des CVN sur AEN Former le représentant des jeunes et du chef sur les modules de base du projet KKB (AEN, dépistage de la MA) Former/recycler les TPS sur le dépistage de la MA et les AEN Tenir de façon trimestrielle une rencontre bilan avec les CVN sur les activités du projet KKB Former le représentant du chef et le jeune au dépistage	Rapport d'activité Rapport d'activités PV de rencontre	T2 2016 T3 2016 T2 2016 T 3-2016	HKI Animateurs Animateurs et superviseurs CSPS/HKI

		de la MA par le PB	Rapport d'activités	T 3-2016	HK
		Instaurer par des indicateurs une motivation conditionnelle des CVN basée sur les résultats	Rapport d'activité	Trimestriel T1,T2,T3,T4 2016	
		Susciter une émulation pour la recherche de perdus de vue à la CNS et au programme PCIMA par les ASBC		T1 2016	
10-Susciter l'adhésion des communautés aux activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë	-Faire des sondages communautaires sur l'utilisation efficiente du LNS et la PCIMA	Organiser une journée des mères leaders -Tenir des rencontres auprès de la communauté sur le travail des CVN et les messages reçus.	Rapport d'enquête	T3 2016	HKI
	-Renforcer les activités de démonstrations au bénéfice des populations à travers une journée culinaire au niveau de chaque commune	- Impliquer les mères lors des sessions d'animations de groupes sur les repas locaux - inviter les mères à réaliser des ateliers culinaires au niveau des concessions avec l'appui des animateurs.	Rapport d'activités	T4 2016 T4 2016	

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES FORMEES PENDANT LA SQUEAC

NOM, Prénom	Sexe	Position
Alfred Solga Lawakiléa (S)	M	Point Focal Nutrition, DRS Nord
Karim Ouedraogo (S)	H	Point Focal Nutrition, DS Gourcy
Jean Nadembega (S)	H	Responsable Régional des Programmes PCIMA, HKI
Claudine Konaté (S)	F	Coordinatrice Projets, HKI
Elisabeth Ouedraogo (S)	F	Coordinatrice Terrain, HKI
Noubouré Yabre (S)	H	Chargé de Mission, TdH
Felix Ouoba (S)	H	M& E, HKI
Phylippe Bayala	H	Superviseur, HKI
Albert Sibiri Kiemdé	H	Superviseur, HKI
Julie Z. Kientega	F	Animatrice, HKI
Rahamata Doamba	F	Animatrice, HKI
Djibrilou W. Zango	H	Animateur, HKI
Mahamoudou Yelkouni	H	Animateur, HKI
Nicolas Sawadogo	H	Animateur, HKI
Abdoul Aziz N. Tebda	H	Animateur, HKI
Rémi Bougma	H	Animateur, HKI

NOM, Prénom	Sexe	Position
Hubert Bourgou	H	Animateur, HKI
Pierre Ilboudo	H	Animateur, HKI
Issoufou Sawadogo	H	Animateur, HKI
Marianne Tinto	F	Médecine, DS Gourcy
Gansoré Nafissatou Néba Yogdé	F	Enquêtrice
Débora Sawadogo	F	Enquêtrice
Sarata Savadogo	F	Enquêtrice

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

	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
Activité	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Skype mise au point formation + revue données envoyées + organisation logistique et technique																							
Arrivée Ouagadougou Aziz +lenka																							
Rencontres avec partenaires																							
Voyage terrain																							
Formation introduction SQUEAC																							
Formation Etude communautaire																							
Analyse des données de routines + bases nutriments avec les enquêteurs																							
Etape 1: recueil des données qualitative et BBQ																							
Synthèse des données + Pb standardisation + préparation RAAC + émission d'hypothèses																							
Etape 2: Enquête petite zone + BBQ communauté (équipe quali)																							
Synthèse + pondération BBQ + cartes conceptuelles, etc.																							
Calculatrice de Bayes + échantillonnage grande zone																							
Restitution partielle (recommandations de l'équipe)																							
Depart Lenka																							
Depart Aziz																							
Etape 3: Enquête grande zone																							
Débriefing Etape 3																							
Atelier Recommandations et Plan d'action (acteurs communautaires)																							
Débriefing finale																							

Appui à distance

Formation en salle

Terrain

Repos



ANNEXE 3 : LISTE DES MOTS UTILISÉS POUR DECRIRE LA MALNUTRITION

TERMES LOCAUX (mooré)	SIGNIFICATION
Koamb gonbdo (yobdo)	Enfant ayant la peau sèche-plissée- fanée
« pab yobdo »	Enfant maigre à cheveux roux- froissé
Yonb winga	Fesse plissée
Pond yooga/Pelg pond yaoga	Petit crapeau maigre et vilain
Koum kosolsga	Eau provenant de la toilette funèbre
Yandembilo / Yandembanga	Enfant dont la mère est tombée enceinte pendant qu'il tète
Yonbgaondem	Peau sèche
Yonbfousdem/ yonbmontem	Qui enfle le corps
Koam sin ka bita	Enfant qui accuse un retard de croissance
Gnanem fousdga Gnanem	Etat d'un enfant se dégradant comme un fer rouillé « qui s'enfle »
Baamotem	Maladie qui enfle le corps
Komgaondo ou Gaondo / gnonbkoega	Enfant maigre avec peau plissée
Roelogue	Maigreur extrême
Ripaore banga	Déficit alimentaire