

NOM DU PROGRAMME : Réduction durable et prévention de la mortalité liée à la malnutrition à travers l'amélioration de la santé materno-infantile dans les districts de Macina et de Markala, région de Ségou - Mali.

EMPLACEMENT : District sanitaire de Macina, Région de Ségou, Mali

DATE DE L'ENQUETE : Du 09 au 20 décembre 2015

AUTEUR(S) : Dr Hamidou TRAORE, Dr Mohamed Z Coulibaly, Dr Josiane ANDRIANARISOA

TYPE D'ENQUETE : Suivi SQUEAC

TYPE DE PROGRAMME : PCIMA pour la MAS

ORGANISATION DE MISE EN OEUVRE : Terre des hommes-Lausanne



COVERAGE MONITORING NETWORK

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
ACRONYMES.....	4
RESUME.....	5-6
OBJECTIFS.....	7
1. INTRODUCTION	8
2. CONTEXTE	9
2.1. PRESENTATION DE LA ZONE	9
2.2. PRESENTATION POPULATION D'ETUDE.....	9
2.3. SITUATION NUTRITIONNELLE.....	10
2.4. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE LA PCIMA.....	11
2.5. RESULTATS DES PRECEDENTES ENQUETES DE COUVERTURES.....	12
3. PROCESSUS D'INVESTIGATION	13
3.1. ETAPE 1 : ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES	13
3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES.....	13-26
3.1.2. ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES.....	27-33
3.2. ETAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE	34
3.2.1. PROBABILITE A PRIORI.....	34-36
3.2.2. EVIDENCE VRAISEMBLABLE.....	37
3.2.3. PROBABILITE A POSTIORI : ESTIMATION DE LA COUVERTURE.....	37-38
DISCUSION ET RECOMMANDATION	39-45
ANNEXE.....	

REMERCIEMENTS

Terre des hommes Lausanne adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible cette enquête :

- La CMN : pour ses appuis (technique et financier) sans lesquels cette investigation ne serait pas rendue possible
- La direction régionale de la santé de Ségou, le district sanitaire de Macina et le personnel des formations sanitaires pour leur disponibilité et leur vif intérêt marqué pour l'investigation SQUEAC
- Aux autorités administratives et locales du cercle de Macina ainsi que toute la population de du cercle pour la disponibilité, l'accueil et la collaboration
- Aux ASACO, relais communautaires et ASC pour leur participation active
- A toute l'équipe de Tdh de Macina pour sa disponibilité et sa participation

ACRONYMES

ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATR	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
CAFO	Collectif des Association Féminines et Organisations
CC	Conseil de Cercle
CDS	Centre de Santé
CMN	Coverage Monitoring Network
CSB	Corn soil Blending
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DC	Démonstration Culinaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTC	Directeur Technique du Centre
EHA	Eau Hygiène Assainissement
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FARN	Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
MCD	Médecin Chef du District
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PCIME	Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfance
PEC	Prise En Charge
PPN	Plumpy Nut
PPS	Plumpy Sup
P/T	Poids / Taille
RECOTRADE	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement
RND	Responsable Nutrition District
SDSES	Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
Tdh	Terre des hommes

URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
VAD	Visite à Domicile

RESUME

Depuis janvier 2013, Terre des hommes Lausanne est présent dans le district sanitaire de Macina (région de Ségou) avec des interventions préventives et curatives afin de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Le district de Macina couvre 20 CScOm, la population a comme activités principales l'agriculture, la pêche et l'élevage.

Cette investigation de « suivi SQUEAC » réalisée un an après la première, a permis d'analyser l'évolution des barrières, d'évaluer l'impact des activités mises en place et d'estimer la couverture du programme. Elle a été conduite par la coordination santé de Tdh avec l'accompagnement financier et technique (à distance) de CMN.

L'investigation a été conduite du 09 au 20 décembre 2015. La couverture actuelle du programme fut estimée à **38,2% (27,8% - 49,9%)**. Ce taux même si légèrement supérieur à celui de 2014 [**34,4% (25,2% - 44,9%)**], il est cependant inférieur au standard SPHERE en milieu rural (50%) et révèle la persistance de nombreuses barrières à l'accès et à la participation au programme PCIMA.

Les 3 principales barrières identifiées furent :

✓ **L'accès au moyen de transport (distance)**

L'indisponibilité des moyens de transport voire l'absence d'organisation du transport des mères d'enfants malnutris du village vers les CScOm constitue demeure une barrière à l'accessibilité et raison de non-participation au programme.

✓ **L'indisponibilité des mères/accompagnants (occupations, maladies)**

Les enfants sont laissés sous la seule responsabilité des mères/accompagnants malgré leurs multiples occupations. Il n'existe pas de système d'organisation au niveau familiale/communautaire pour y faire face.

✓ **Méconnaissance de la malnutrition (effets)**

L'ignorance des effets de la malnutrition sur le développement de l'enfant (psychomoteur) est une des raisons de retard à la recherche du service PCIMA.

Les principaux boosters furent :

✓ **Satisfaction du service/programme**

La guérison effective des enfants ayant suivi régulièrement le traitement a donné aux mères/accompagnants une bonne perception sur le service PCIMA.

✓ **Référencement par d'autres membres de la communauté (mères d'enfants MAS etc.)**

Résultats de la satisfaction du service, des mères d'enfants MAS guéris orientant d'autres mères vers le service PCIMA.

✓ **Disponibilité et gratuité des intrants MAS**

La gratuité du traitement MAS (exemption du ticket, gratuité des produits) est reconnue comme facteur facilitant l'adhésion des mères au programme PCIMA, même si la rupture en PPS continue.

Les principales recommandations en lien avec les principales barrières furent :

✓ **L'accès au moyen de transport (distance)**

A travers un dialogue communautaire, amener les autorités villageoises à organiser le transport des d'enfants malnutris du village vers les CSCom.

✓ **L'indisponibilité des mères/accompagnants (occupations, maladies)**

Impliquer les chefs de famille (hommes) dans le suivi des enfants malnutris afin de faciliter l'organisation familiale des travaux pour les mères d'enfants malnutris mais aussi la possibilité pour le père ou autre adulte de la famille d'amener l'enfant si la mère est malade.

✓ **Méconnaissance des effets de la malnutrition**

Accompagner le dépistage continu de messages d'information sur la malnutrition mais aussi au niveau des structures sanitaires. Utiliser les canaux de communication (radios) pour intensifier l'information sur la malnutrition.

OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

Analyser l'évolution des barrières et l'impact des activités mise en place à la suite de la SQUEAC précédente puis estimer la couverture.

OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Evaluer les barrières de l'enquête précédentes
2. Identifier les nouvelles barrières
3. Evaluer l'impact des activités mises en place
4. Estimer la couverture
5. Analyser les données de routine du programme
6. Formuler des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture

1. INTRODUCTION

Tdh est présent dans le district de Macina (région de Ségou) avec le projet de « Réduction durable et prévention de la mortalité liée à la malnutrition à travers l'amélioration de la santé materno-infantile ».

Le projet s'articule sur 4 axes :

- ✓ Renforcement du réseau communautaire
- ✓ Appui à la prise en charge de qualité pour la malnutrition
- ✓ Paquet minimum en matière de santé infantile (PCIME) et périnatale
- ✓ Renforcement des capacités des ASACO/DS/DRS et intégration de la PCIMA

Tdh a mené en 2014 la première investigation SQUEAC dans le district sanitaire de Macina (région de Ségou). A l'issue de l'investigation, un plan d'action fut élaboré et mis en œuvre par l'équipe projet avec l'accompagnement des partenaires.

Cette enquête de suivi s'inscrit dans le cadre de la mesure de l'impact des activités après un an de mise en œuvre.

2. CONTEXTE

2.1. PRESENTATION DE LA ZONE

Le Cercle de Ké-Macina communément appelé Cercle de Macina est situé à 135 km de Ségou sur une superficie de 7.005 km² à califourchon sur le fleuve Niger. le Cercle de Macina est l'une des circonscriptions les plus anciennes de la Région de Ségou.

Il est limité:

- à l'Est par les Cercles de Ténenkou et de Djenné ;
- à l'Ouest par le Cercle de Ségou ;
- au Nord par le Cercle de Niono ;
- au Sud par le Cercle de San.

Le climat est de type soudano - sahélien, avec des moyennes de température variant de 21°C en janvier à 45°C en mai. Il est caractérisé par deux saisons principales:

- Une saison sèche de novembre à mai avec un moment de froid (novembre- février) et un moment de chaleur (mars- mai) et
- une saison des pluies de juin à octobre.

Les vents dominants sont l'harmattan qui souffle du Nord au Sud pendant la saison sèche et la mousson, d'Est en Ouest pendant la saison des pluies

Le bras du fleuve Niger divise le cercle de Macina en deux : rive gauche, rive droite (inter-fleuve).

2.2. DESCRIPTION DE LA POPULATION

La population est estimée à 291 528 habitants en 2015, avec 64 136 enfants de moins de 5 ans.

Composée majoritairement de Bozos, Peulhs, Bambaras et Mossi, la région dominante est l'islam.

Le district se compose en 2 principales zones :

- Zone inondée avec comme principales activités, la riziculture, le maraîchage et la pêche ; à travers les aménagements de « l'office du Niger » couvrant moins de la moitié du territoire du cercle.
- Zone exondée faisant l'agriculture (mil, arachide). L'élevage est commun aux deux zones.

La langue commune véhiculaire est le « bamanankan ».

L'aliment de base reste le mil même si c'est le riz qui prédomine dans la zone inondée.

2.3. SITUATION NUTRITIONNELLE

La situation nutritionnelle de la région de Ségou s'est améliorée en 2015 avec un taux de MAG de 11,2% dont 1,2% de MAS contre 14% de MAG en 2014 avec 2% de MAS. Même si la prévalence a diminué en 2015, la situation nutritionnelle est jugée « sérieuse » selon la classification 2004 de l'OMS.



Figure 1 : carte sanitaire du district de Macina

2.4. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET PCIMA

Tdh couvre l'ensemble du district sanitaire de Macina. De 18 CScCom en 2013, le district est passé à 20 CScCom en fin 2014. La majorité des CScCom se trouvent sur la rive droite du fleuve Niger (12 des 20 CScCom).

En plus de l'URENI du CSRéf, une autre URENI (centre confessionnel) a vu le jour en 2015 dans le district.

L'accompagnement de Tdh au district sanitaire se situe à trois niveaux :

- Technique : renforcement de capacité du personnel à travers les formations et supervision
- Matériel : mise à disposition de matériels nutritionnels et sanitaires (EHA)
- Financier : appui financier à l'URENI (restauration, médicaments spécifique au besoin, frais de transport, évacuation sur Ségou etc.), exemption des tickets de consultation pour les MAS et la PCIME.

Chaque CScCom dispose d'un chargé nutrition, responsable des deux programmes ambulatoires (URENAS/URENAM). Les deux URENI sont dirigées chacune par un médecin et une équipe de 4-6 personnes (infirmiers, aide-soignant).

Pendant l'année 2015, moins du tiers des CScCom du district de Macina disposait d'intrants pour les MAM (PPS, CSB+) avec un rythme de distribution discontinue pour ces centres.

Au niveau district, le service PCIMA est sous la responsabilité d'un RND conformément au protocole national.

Il existe 54 sites ASC au niveau du district, un site ASC est situé au-delà de 5 km du CScCom et couvre les villages dans un rayon de 5 km.

Si le protocole prévoit la possibilité de prise en charge des enfants de l'URENAM par ce groupe d'acteurs de la santé au niveau de leurs sites (villages situé à plus de 5 km du CScCom), la rareté des intrants MAM au niveau CScCom a mis un frein à cette éventualité.

Au niveau village, au-delà des ASC, il existe des relais communautaires (dont le nombre varie en fonction de la taille de population : 1-6). Ces relais sont responsables des activités communautaires (dépistage/référencement, VAD, sensibilisation, DC). Avec les ASC, ils constituent les représentants des CScCom au niveau village.

2.5. RESULTATS DES PRECEDENTES ENQUETES DE COUVERTURES DANS LE DISTRICT

De septembre à octobre 2014, une enquête SQUEAC a été conduite dans le district de Macina, elle a évoqué une couverture du programme PCIMA de **34,4% (25,2%-44,9%)**. Les principales barrières identifiées au cours de cette enquête étaient :

- L'accès au moyen de transport (distance)
- L'insuffisance des moyens financiers
- La non-connaissance du programme et la confusion de la malnutrition avec d'autres pathologies.

Les recommandations formulées étaient principalement :

- La mobilisation communautaire : incluant tous les segments de la communauté afin d'assurer le dépistage/référencement, la sensibilisation et le suivi des enfants.
- L'accompagnement des relais communautaires par la mise à disposition d'outils, un suivi rapproché.
- Au niveau des structures sanitaires, l'amélioration de l'accueil, une souplesse spécifique (villages éloignés, période des travaux etc.).

3. PROCESSUS D'INVESTIGATION

3.1. ETAPE 1 : ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

3.1.1. DONNEES QUANTITATIVES

❖ Analyse des registres et des fiches de suivi individuelles

Elle a concerné les 3 CSCom ayant eu le plus d'admission en 2015 (Kolongo, Monimpé et Oulan). L'analyse a porté sur les registres et les fiches de suivis.

Les constats furent :

- Registres : quelques erreurs furent observées dans le calcul du rapport P/T, sorties non renseignées pour certains enfants.
- Fiches de suivi : le traitement systématique n'était pas toujours complètement renseigné (confusion entre la dose et la posologie). Il fut constaté une variation importante des mesures entre 2 semaines de suivi (surtout pour le PB). Les critères de décharges ne sont toujours bien notés (un enfant faisant plus de 2 visites après l'atteinte des critères tandis que certains sont sortis après l'atteinte une seule fois).

Les échanges avec le personnel a permis de faire ressortir l'implication des « stagiaires » ou « bénévoles » dans la prise en charge afin d'aider les chargés de nutrition (souvent seuls à la tâche). Ces agents auxiliaires ne sont pas tous formés sur le protocole mais apprennent sur le « tas », d'où certaines incohérences observées dans ces différents supports. Il est aussi à noter que le DTC (premier responsable technique de la structure) ne fait pas le contrôle derrière les chargés de nutrition.

❖ Evolution du nombre d'admission en URENAS

De septembre 2014 à novembre 2015, 5 176 enfants ont été nouvellement admis dans le programme URENAS, soit une moyenne mensuelle de 333 enfants contre 239 lors de la SQUEAC de 2014 (total admission de 4 777 enfants). Si les pics d'admission étaient dans les 400 enfants en 2014, ces pics se sont retrouvés dans les 500 enfants en 2015 pendant la période d'août à octobre.

Ces différentes augmentations trouvent leurs explications dans :

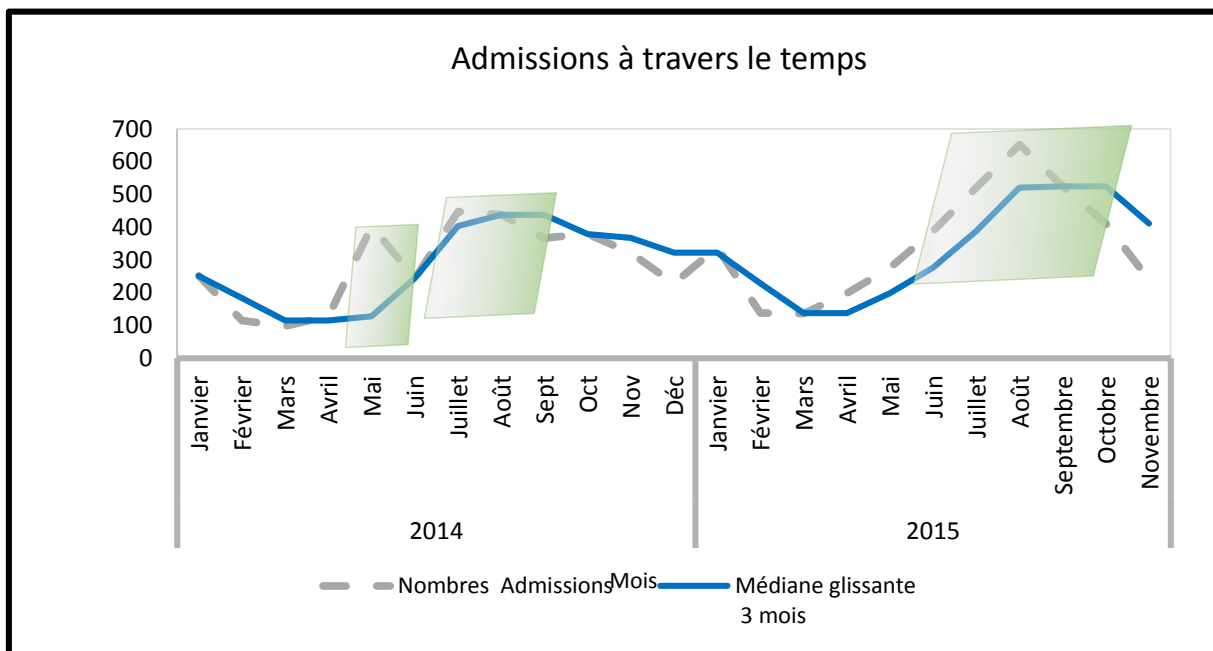
- Changement de la stratégie de dépistage : si le dépistage massif (campagne) était utilisé en 2014, c'est plutôt le micro dépistage (dépistage continu) qui a pris la relève. Cette stratégie de dépistage a

permis aux relais/ASC de s'auto-organisé au niveau village (dépistage selon leur disponibilité) afin de toucher en un mois l'ensemble des enfants de 6 à 59 mois dans leur zone.

- Dotation des relais/ASC en supports : tous les relais/ASC ont été dotés en bande de Shakir, fiche de pointage et de référence
- Renforcement de capacité : tous les relais/ASC ont été formés sur le dépistage et référencement des enfants.
- Dépistage passif : au niveau des structures sanitaires, les dépistages se sont poursuivis avec des admissions quotidiennes des enfants dépistés malnutris.

La stratégie de dépistage continu n'a été effective que vers le mois de juin 2015.

Malgré l'augmentation globale constatée en 2015 avec la nouvelle stratégie de dépistage, la tendance suit l'évolution naturelle de la malnutrition (pic constaté en période hivernale coïncidant avec la réduction de la disponibilité alimentaire mais aussi des maladies infantiles).

[illegible]

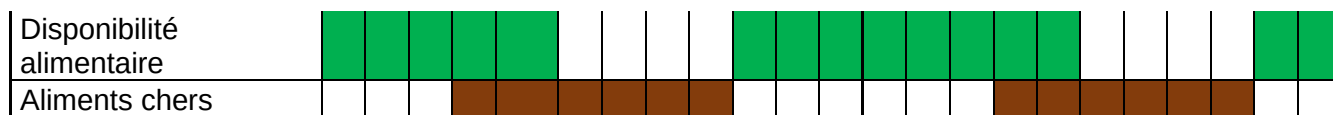


Figure 2 : évolution des admissions URENAS et calendrier des activités communautaires et maladies infantiles

❖ **Evolution du nombre d'admission en URENI**

De septembre 2014 à novembre 2015, 922 enfants de moins de 5 ans ont été nouvellement admis en URENI, soit une moyenne mensuelle de 61 enfants contre 43 au cours de la SQUEAC de 2014 (total admission de 520 enfants).

Tout comme en URENAS, les admissions URENI ont également beaucoup évolué avec des pics dépassant les 100 admissions.

Plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte :

- Le renforcement de compétences des prestataires : toute l'équipe en charge de l'URENI a été formée/recyclée. Le plateau technique aussi renforcé.
- Ouverture d'une deuxième URENI dans le district sanitaire de Macina : centre confessionnel, couvrant 3 des 20 CScOm du district. Le plateau technique de cette URENI a été renforcé.
- Renforcement de compétence du personnel des URENAS : les DTC et chargés de nutrition au niveau CScOm ont été formés/recyclés afin permettre une détection prompte des complications.

Le pic est observé pendant la période hivernale, période où sont fréquentes les maladies infantiles.

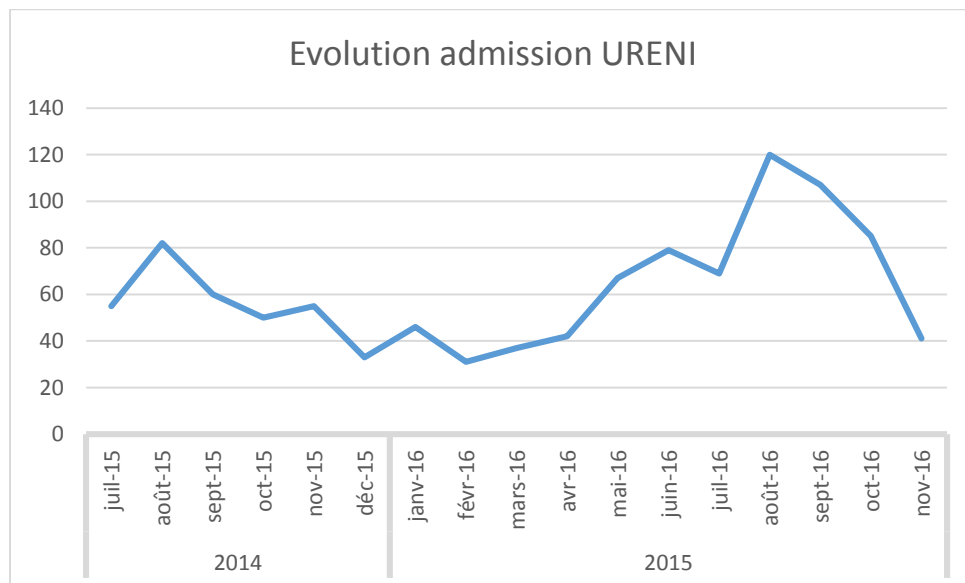


Figure 3: Evolution des admissions URENI au cours du temps.

❖ Analyse des données sur la population et nombre d'admission

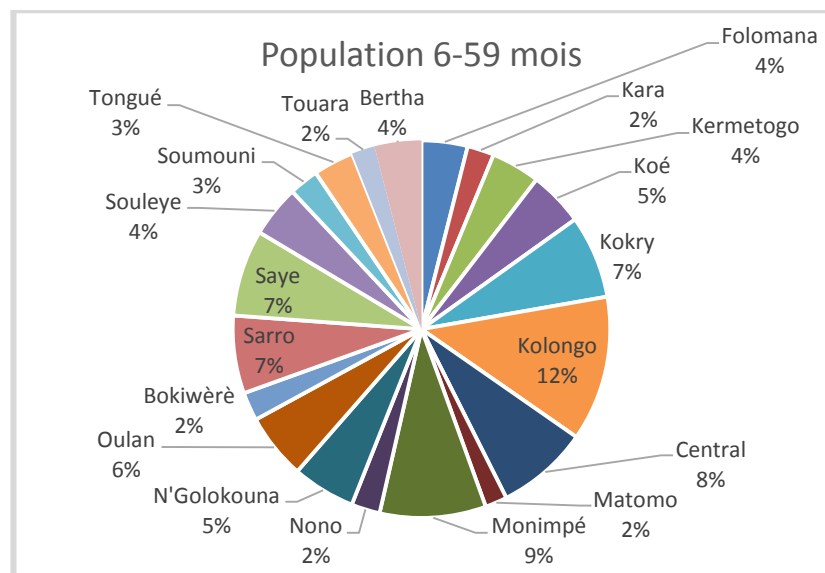


Figure 4: Proportion population 6-59 mois par aire de santé

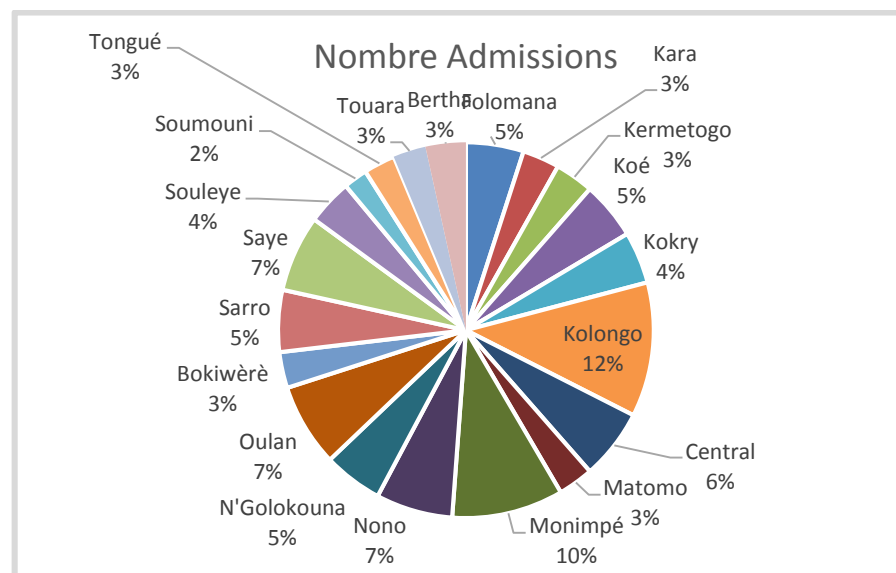


Figure 5: Proportion admission par aire de santé

La comparaison des « poids » dans la population et dans les admissions de chaque aire de santé permet de les classer en 3 catégories :

Les aires de santé qui ont gardé la même proportion dans la population ainsi que dans l'admission (cas attendus atteints) comme des aires ayant une « couverture moyenne ». Dans ce groupe se retrouve 6 des 20 aires de santé.

Les aires de santé qui ont une proportion admission inférieure à celle de la population comme celle ayant une « couverture faible ». Concerne 6 des 20 aires de santé.

Les aires de santé qui ont une proportion admission supérieure à celle de la population, avec 8 des 20 aires de santé du district.

Au cours de la SQUEAC de 2014, 9 des 18 aires de santé (50%) avaient une proportion admission inférieure à celle de leur population, donc supposé avoir « une couverture faible » tandis que seulement 30% sont concernés en 2015 (6 des 20 aires de santé).

Ce changement peut s'expliquer par la nouvelle stratégie de dépistage adoptée en 2015. Toutefois, parmi les 6 aires de 2015, 4 font partie des 9 « faiblement couvert » de 2014. Cela résulte de certaines situations particulières :

- Couverture relais/village : une disparité existe le nombre de relais et la population à couvrir. Le ratio dépassant 1 relais pour 50 ménages (contre 1 pour 35).
- Existence de barrières naturelles en période hivernale : certains villages de ces aires de santé sont coupés du CSCom en cette période de l'année.

La synthèse de cette classification se retrouve dans le tableau 1

❖ Analyse des PB à l'admission

Le PB d'admission est de « 110 mm » et jugé bas. Cela témoin d'une détection tardive ou arrivée tardive des enfants référés dans le CSCoM. Le même constat fut effectué au cours de la SQUEAC de 2014.

La persistance d'une fréquence élevée des chiffres « 100, 105 et 110 » témoin d'une tendance à arrondir les chiffres par les prestataires.

Si la stratégie de « dépistage continu » a permis d'augmenté le nombre d'admission, le suivi des enfants référés n'a pas connu la même tendance entre 2014 et 2015. Le suivi des référés souffre de la faible motivation des relais communautaires malgré l'octroi d'un forfait mensuel de « 2 000 FCFA » par Tdh (ce montant jugé très bas car il n'existe pas de système de motivation au niveau village).

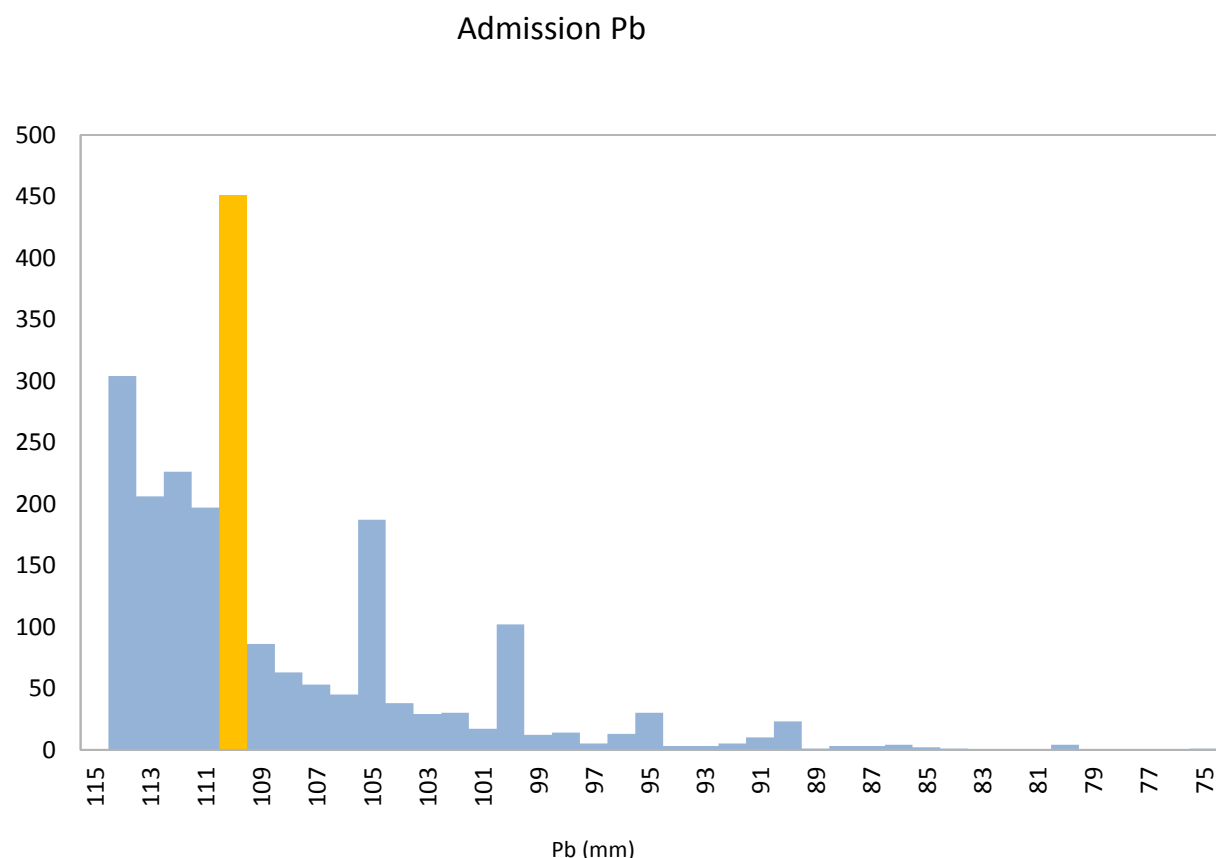


Figure 6: PB médian admission

Une analyse au niveau CSCoM permet de ressortir une possibilité de classification : les CSCoM dont le PB médian est supérieur à 110 (couverture probablement élevée) et ceux avec un PB médian inférieur ou égal à 110 (couverture probablement faible).

Si 3 CSCom étaient considérés comme ayant une couverture élevée selon le PB médian en 2014, il en est de 5 au cours de la SQUEAC de 2015.

❖ Suivi des indicateurs de performance URENAS

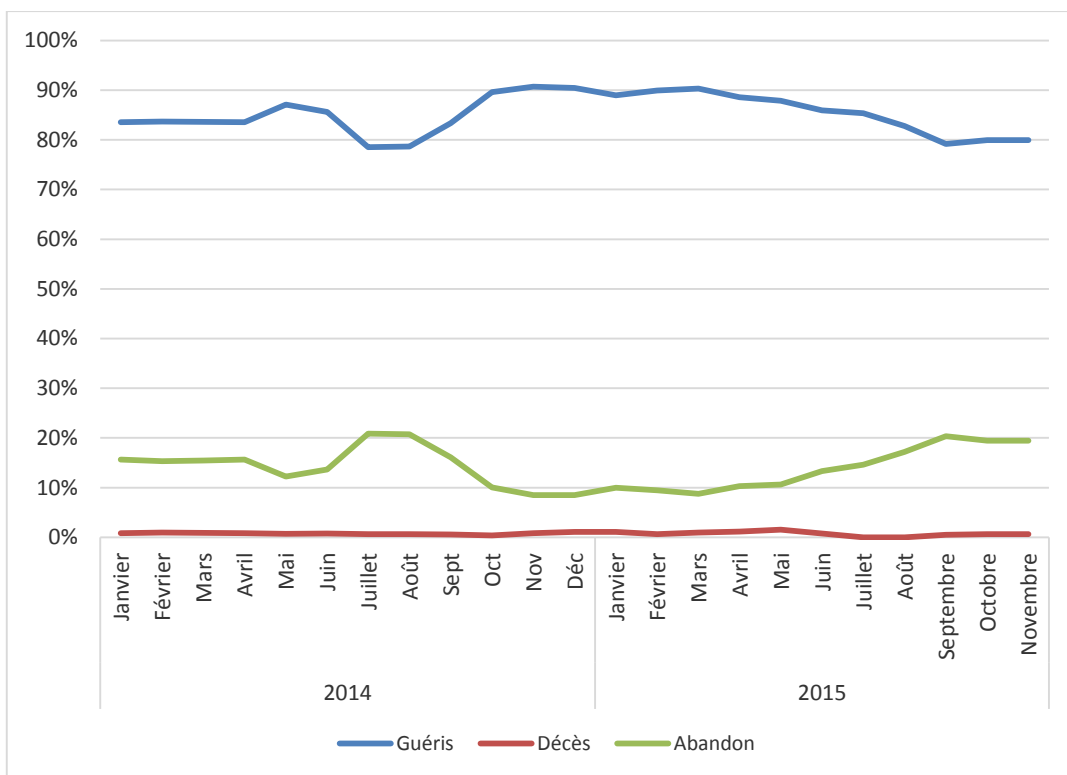


Figure 7: Evolution des indicateurs de performances URENAS « sans les transferts »

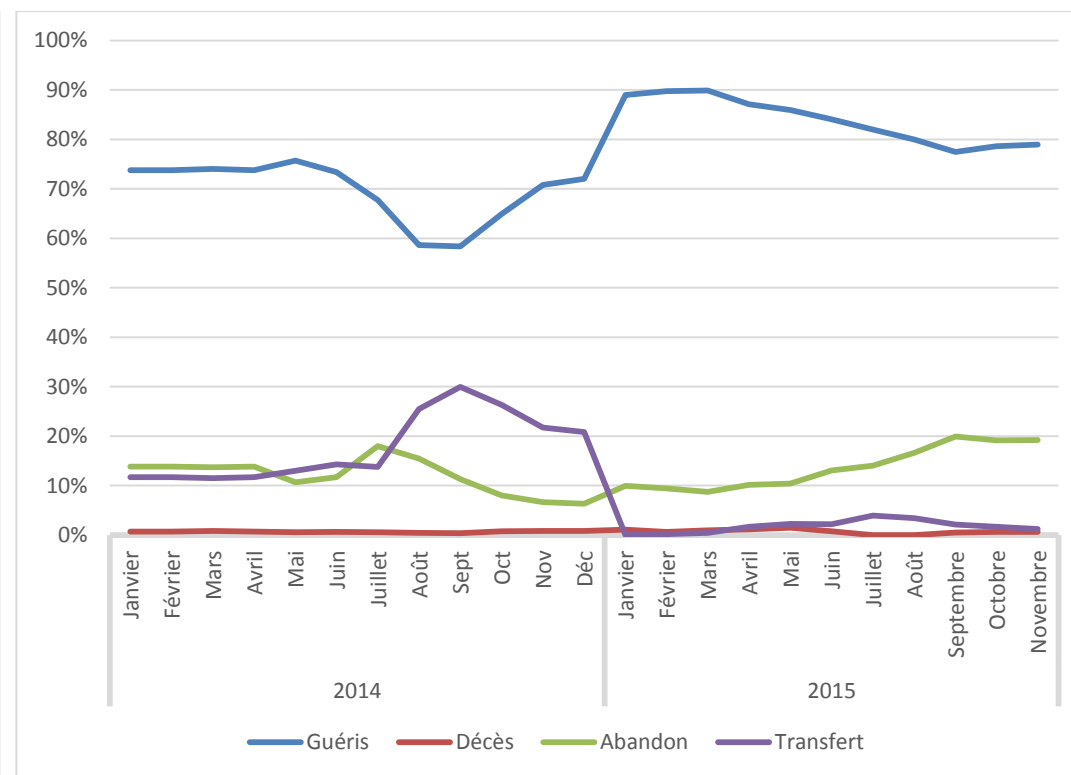


Figure 8: Evolution des indicateurs de performances URENAS « avec les transferts »

L'évolution des indicateurs de performance montre un respect des 3 principaux indicateurs du protocole (taux de guérison, décès et abandon) d'octobre 2014 à mai 2015. A partir de juin 2015, le changement a concerné surtout le taux d'abandon pour atteindre son pic en septembre 2015. Ceci est le témoin d'une faible capacité de rétention du programme. Ce constat est plus réel dans les centres avec beaucoup d'affluence (Kolongo, Oulan, Monimpé).

Au sein de Tdh existe un département de Suivi Qualité des programmes, leur système de collecte de données nous a permis de séparer les « références vers l'URENI » des « transferts entre URENAS ». Ce qui a permis de relativiser cela par rapport à 2014.

Une analyse au niveau CSCom montre que 9 CSCom ont un taux de guérison supérieur ou égal à 90% (contre 7 en 2014). Sur les 7 de 2014, 5 se sont maintenu en 2015 dans la même tendance.

A partir des indicateurs de performance, nous pouvons estimer que les CSCom avec de bons indicateurs sont supposés avec une bonne couverture du programme.

❖ Analyse de la durée de séjour avant guérison

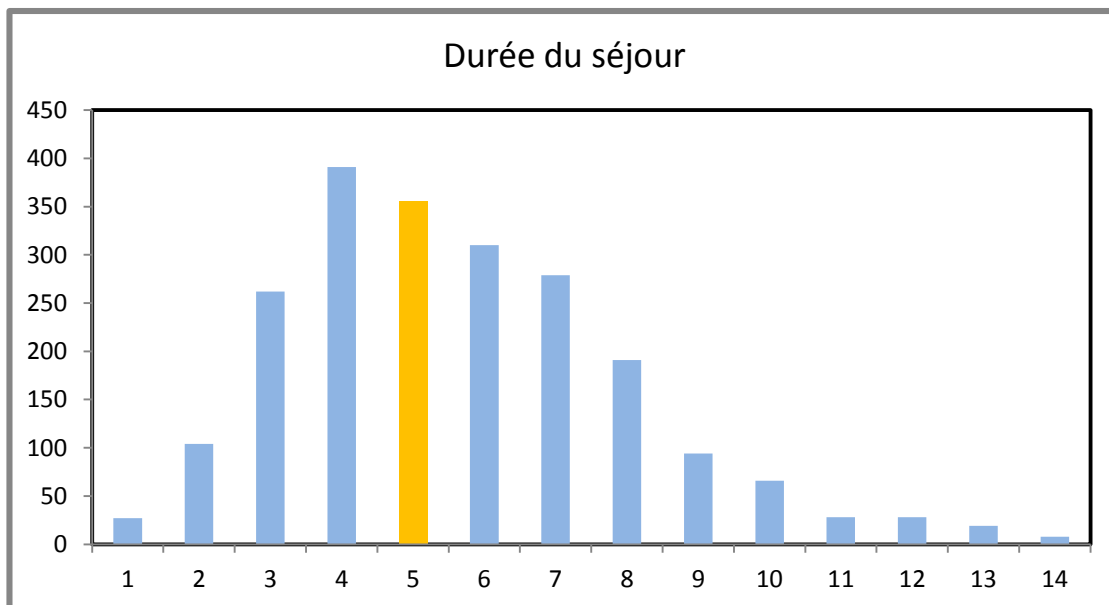


Figure 9 : Durée médiane de séjour avant guérison

La durée médiane de séjour est de 5 semaines (tout comme en 2014), ce qui est dans les normes du protocole (4 à 6 semaines).

Cependant des durées de séjour plus long (au-delà de 8 semaines) indiquent une faible couverture du programme. Peuvent être en cause, une insuffisance dans la surveillance nutritionnelle dans les enfants

dans le programme (partage de ration à la maison, test d'appétit non systématique lors du suivi, détection rapide des complications etc.).

Des durées de séjour au-delà de 12 semaines ne sont pas conformes avec le protocole, il s'agit des enfants ayant abandonné et réadmis sur la même fiche de suivi pour continuer le traitement. Ceci est le témoin d'une insuffisance dans l'enregistrement des réadmis par certains prestataires.

Dans le tableau 1 se trouve le classement des CSCom selon la durée de séjour.

❖ Suivi des indicateurs de performance de l'URENI

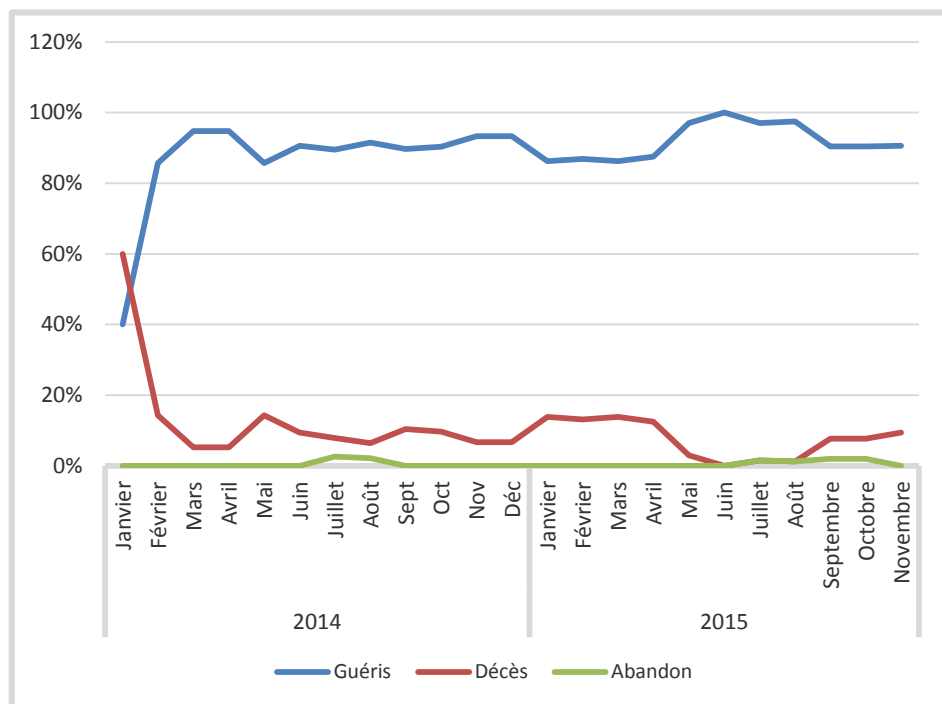


Figure 10: Indicateurs de performance de l'URENI « sans les non-répondants »

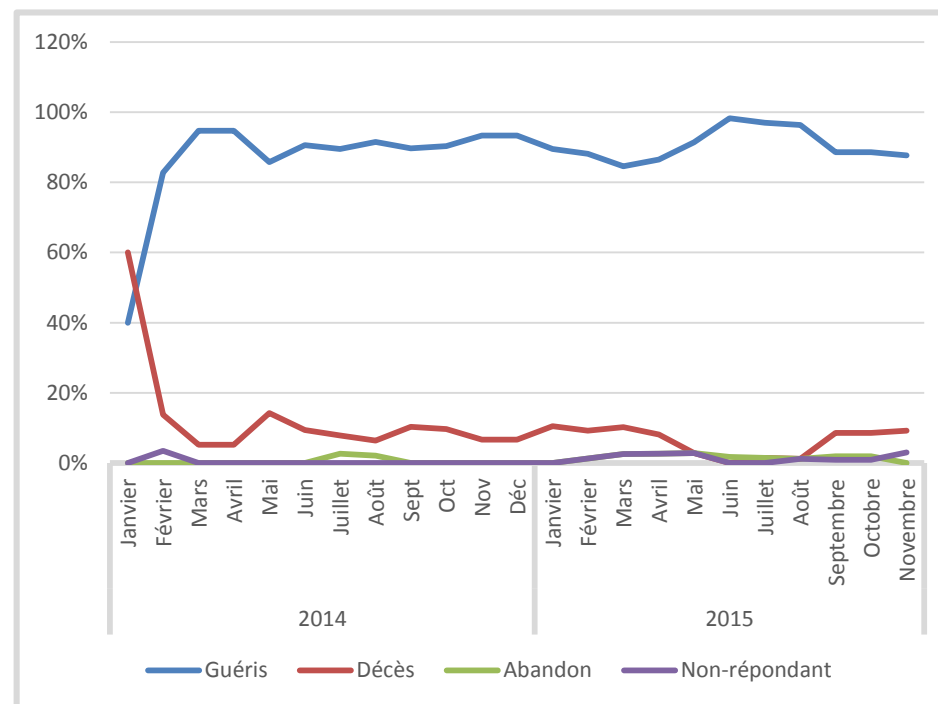


Figure 11: Indicateurs de performance de l'URENI « avec les non-répondants »

L'analyse des indicateurs de performance montre une dégradation de janvier à avril 2015 où le taux de décès dépasse les 10% (mais sans atteindre la valeur critique de 15%). Cette période correspond avec la modification du staff de l'URENI non formé au préalable. Au-delà de cette période, l'ensemble des indicateurs de l'URENI ont respecté les normes du protocole.

L'amélioration de la capacité d'identification des « non-répondants » a permis de réduire les taux de décès, les enfants n'étant pas gardés si les capacités de gestion de l'URENI sont dépassées.

Les arrivés tardifs des enfants référés sont également en cause dans l'augmentation des décès au niveau des URENI.

L'amélioration de la performance de l'URENI est en lien avec une bonne couverture du programme et donne une meilleure au service PCIMA. Toutefois, la distance village-CSRéf décourage certaines mères (par rapport au moyen de transport) même si un forfait transport est donné une fois arrivé à l'URENI. Le transport des enfants malnutris n'étant pas inclus dans la « référence-évacuation » organisée par le district pour les « femmes en travail ».



- ❖ **Analyse des abandons à travers le temps**

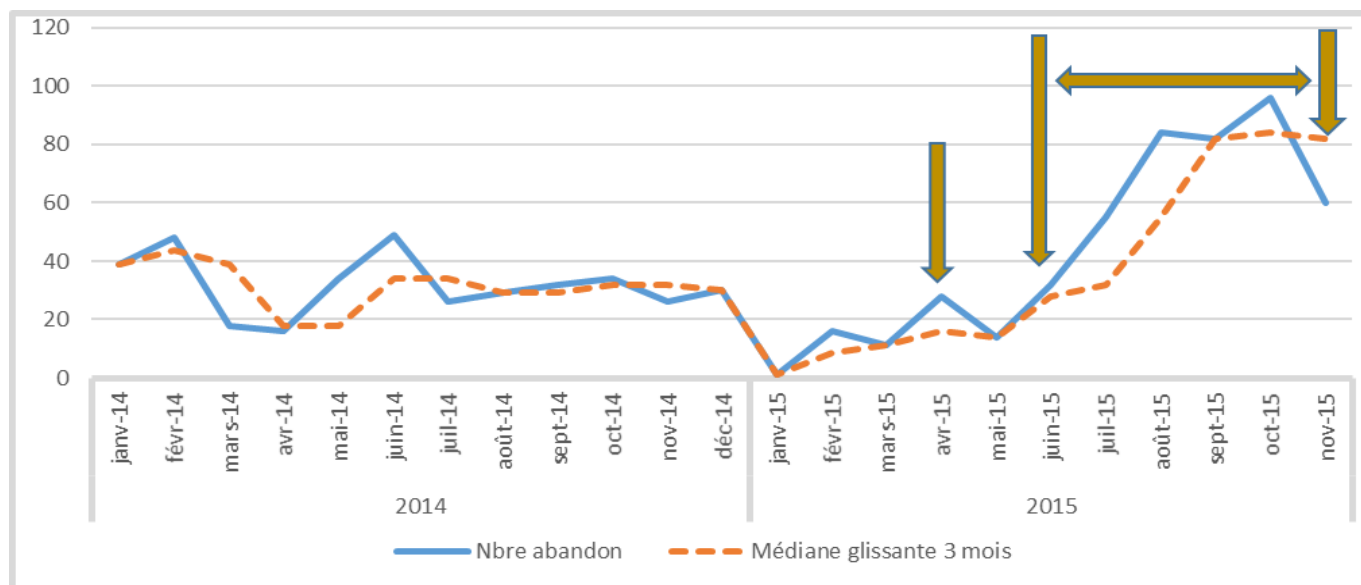
[illegible]

Figure 12: Evolution des abandons en fonction du calendrier des évènements.

L'analyse de l'évolution des abandons en 2015 montre 2 constats :

- Pic en avril : correspondant à la préparation des champs pour l'hivernage, période où toute la famille est mobilisée pour mieux préparer la saison hivernale.
- Une augmentation continue de juin à octobre (avec pic en août et octobre). Cette augmentation vertigineuse des abandons est due aux multiples occupations pendant la période hivernale mais aussi la période de récolte où les femmes sont très sollicitées.

En comparaison à 2014, l'augmentation croissante à partir de juin 2015 peut s'expliquer par le démarrage de la nouvelle stratégie de dépistage. Témoin d'une faible capacité de rétention du programme, les relais étant peu motivés pour les recherches des abandons ou le suivi des enfants dans le programme.

❖ Suivi des activités de dépistage

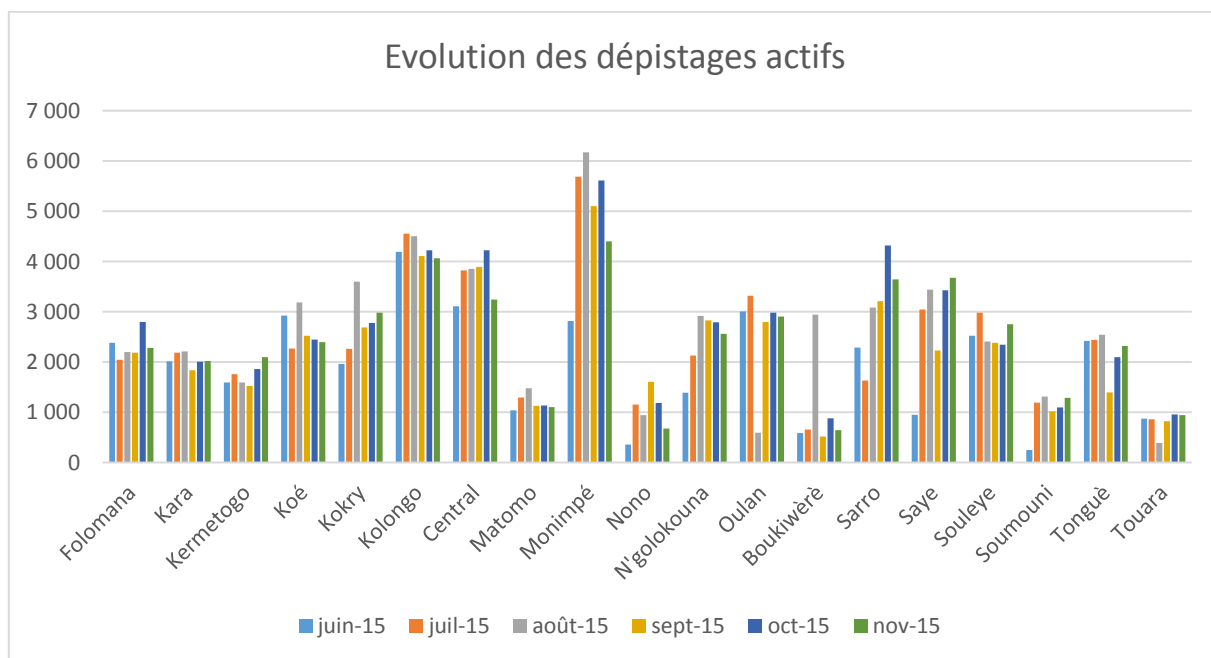


Figure 13: Evolution du nombre d'enfants dépistés pendant la nouvelle stratégie de dépistage.

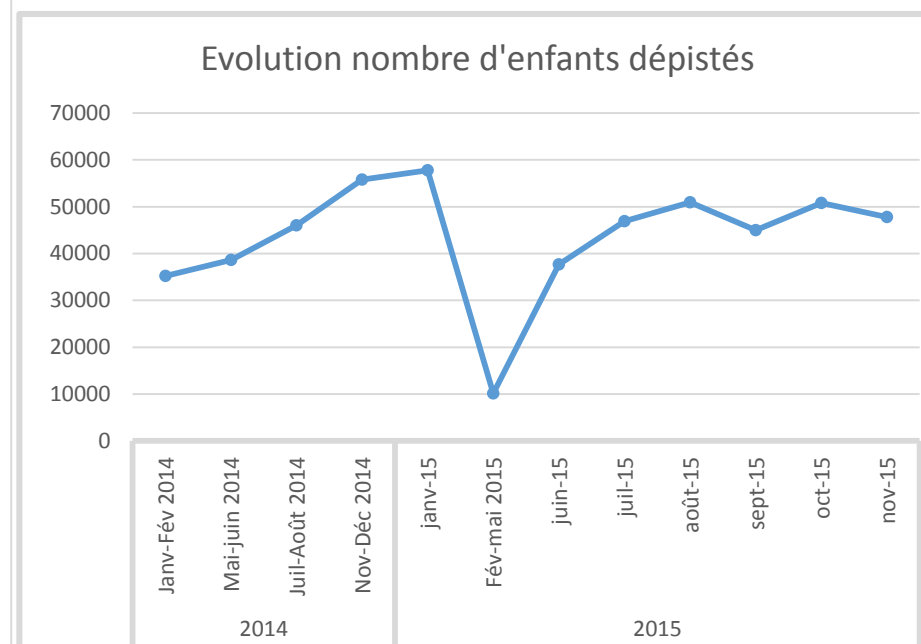


Figure 14: Evolution du nombre d'enfants dépistés entre 2014 et 2015.

Avec la stratégie de dépistage massif en 2014, 40 561 enfants de 6 à 59 mois ont été dépistés, soit 63% (40 561/64 136) de cette population d'enfants.

En 2015, avec la stratégie de dépistage continu, 46 510 enfants de 6-59 mois ont été dépistés, soit 73% (46 510/64 136) de ladite population.

Si la stratégie de dépistage continu a permis d'améliorer la couverture dépistage, elle reste cependant faible au regard des objectifs du projet (voulant atteindre 80% des enfants de 6-59 mois).

Toutefois, la stratégie de dépistage continu étant moins supervisée que les dépistages massifs, l'existence de doublons dans les données de certains CSCom est tout à fait possible (exemple de Kara qui à 103% de couverture).

La faible motivation des relais, l'intégration des hameaux de culture, la couverture relais/villages sont autant de facteurs qui ont influencé ces couvertures.

Le tableau 1 résume la classification des CSCom selon la couverture dépistage.

❖ Suivi des VAD

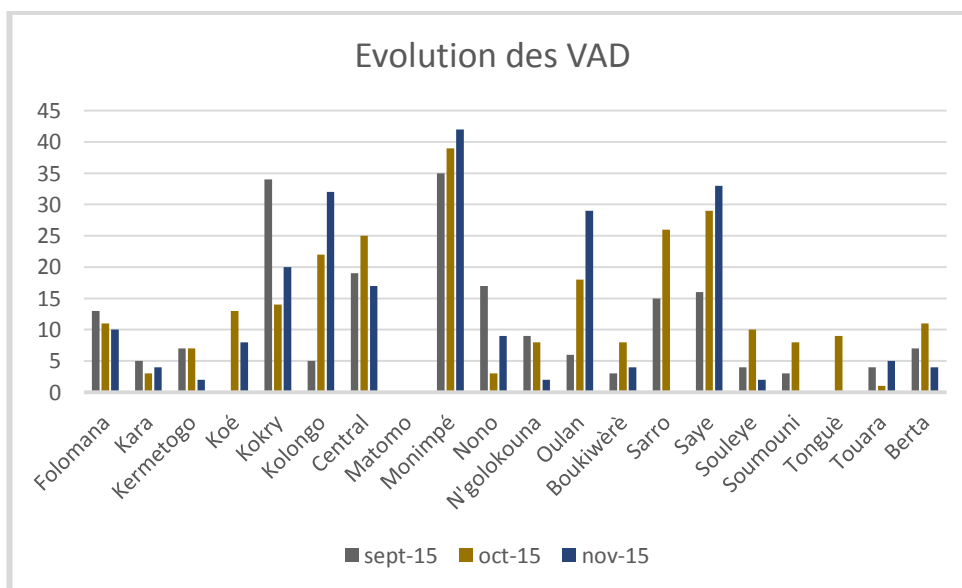


Figure 15: Evolution des VAD au cours du dernier trimestre

Les VAD sont organisées pour les cas de : absence, abandon, refus de référencement vers l'URENI, les poids stationnaire.

L'analyse des VAD par rapport aux abandons sur les 3 derniers mois montre que le nombre de VAD réalisé est supérieur au nombre d'abandon dans toutes les aires de santé tandis qu'en 2014, moins de VAD étaient réalisées par rapport au nombre d'abandon.

Les VAD sont réalisées par les relais seuls ou avec les « agents de promotion de Tdh », priorité étant donnée aux « absences ».

Cette analyse ne tient pas compte de la couverture relais/village car l'appui de l'équipe Tdh (en charge des activités communautaires) étant plus important dans les villages peu couverts en relais pour les VAD.

Au-delà des raisons des VAD cités plus haut, c'est aussi l'occasion de sensibiliser la population sur la malnutrition et le programme PCIMA. Ainsi, les aires de santé où le plus de VAD a été réalisée ces 3 derniers mois peuvent être considérées comme mieux couvertes sans faire référence au message diffusé pendant la VAD (l'accent étant malheureusement mis sur la raison de la VAD selon les relais).

Le tableau 1 résume la couverture des aires de santé selon les VAD.

❖ Conclusion hypothèse de couverture

L'analyse des données quantitatives a abouti au tableau suivant

2014	2015	Indicateurs de performance	Durée médiane de séjour	PB médian admission	Admission vs Population	Abandon par CSCom	Nbre VAD	Fréquence VAD	Couverture dépistage	Rapport Réadmission/abandon	Rapport URENI/URENAS	Taux admission dépistage actif
Folomana	Folomana											
Kara	Kara											
Kermetogo	Kermetogo											
Koé	Koé											
Kokry	Kokry											
Kolongo	Kolongo											
Central	Central											
Matomo	Matomo											
Monimpé	Monimpé											
	Nono											
N'Golokouna	N'Golokouna											
Oulan	Oulan											
	Bokiwèrè											
Sarro	Sarro											
Sayes	Saye											
Souleye	Souleye											
soumouni	Soumouni											
Tongué	Tongué											
Touara	Touara											
Bertha	Berta											

[Tableau 1](#) : Récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives.

3.1.2. DONNEES QUALITATIVES

Le recueil des données qualitatives a été fait à travers des entretiens semi-structurés, des focus groupes et des entretiens informels. Ont été interviewés, les mères d'enfants MAS (URENI, URENAS), les membres de la communauté (homme ou femme, en lien direct ou pas avec le programme), les leaders, les agents de santé (CSCoM et district), autres membre de la communauté pouvant avoir un impact sur la santé des enfants (ATR, grandes-mères, tradipraticiens etc.).

Le recueil a été réalisé par les enquêteurs appuyés par l'équipe programme.

Les mêmes guides d'entretien ont été utilisés qu'en 2014. Ils portaient sur :

- Connaissance de la malnutrition
- 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 ensuite été recoupées par source et par méthode.

❖ Connaissance de la malnutrition

Variable et disparate en fonction des sources et des thèmes (cause, effets, symptômes etc.). Plusieurs mots « bambara » sont utilisés pour exprimer les éléments de la malnutrition. La connaissance est beaucoup plus avancée sur le marasme (fassani) car reconnu facilement à travers les images utilisés pendant les interviews, tandis que le Kwashiorkor (founoubana) se confond beaucoup plus avec d'autres maladies (hépatite, paludisme grave).

- Causes de la malnutrition

La plus part des causes reconnues se rapportent au marasme. Des liens directs ont été reconnus entre certaines conditions (insuffisance d'apport d'aliments, mauvaise récolte, pauvreté, maladie, sevrage précoce, grossesse rapprochée etc.) et la survenue du marasme (fassani). Le Kwashiorkor a été mis en lien avec une origine mystique (car peu connu comme étant une forme de malnutrition) par certains, tandis que considéré par d'autre comme conséquence du paludisme grave ou de l'hépatite (sayi kokolé).

- Signes/symptômes de la malnutrition

Les signes identifiés sont ceux en rapport avec l'enfant marasmique : amaigrissement (passa), plis cutanés, gros ventre. Les signes du marasme sont souvent confondus avec ceux du Kwashiorkor (enfant qui pleur beaucoup, cheveux décolorés, enfant calme). La reconnaissance des signes définit le circuit de recherche de soins par les mères.

- Effets de la malnutrition

Beaucoup de personnes interviewées les ignorent.

Tableau 2: liste des terminologies utilisées pour le marasme et Kwashiorkor

Thème/catégories	Traduction littérale	Bambara	Signification
Alimentation	Enfant manque de nourriture	Balokotagnan	Marasme
	Enfant manque de nourriture	balakodécé	Marasme
	Enfant mal nourrit	Balokodjougouya	Marasme
Etat de l'enfant	Amaigrissement	Fassani	Marasme
	Enfant œdématié	Founoubana	Kwashiorkor
	Amaigrissement	balakodjouguia	Marasme
	Enfant qui pleure beaucoup		Marasme/Kwashiorkor
	Enfant avec un gros ventre		Marasme
	Petit « vieux »	tièkorobani	Marasme
	Croissance ralentie	Noshibana (maladie du caméléon croissance aussi lente que le déplacement du caméléon)	Marasme/Kwashiorkor
Maladie/ handicap	Diarrhées/vomissement		Marasme
	Paludisme grave	Soumaya Kokolé	Kwashiorkor
	Paludisme grave	Kono	Kwashiorkor
	Hépatite B/ fièvre jaune		Kwashiorkor
Pratique	Sevrage précoce		Marasme
	Grossesse rapproché	Serré	Marasme

S'il est reconnu que la connaissance est beaucoup plus développée sur le marasme, il en demeure nettement moins pour le Kwashiorkor. En outre, le marasme se reconnaît comme étant « la maladie qui se soigne par le PPN ». Terminologie utilisée par beaucoup de mères aujourd'hui pour décrire les enfants maigres dont la récupération peut se faire par la consommation du PPN.

Si la terminologie de « maladie qui se soigne par le PPN » est acceptée, il en demeure aussi pour « balokodjougouya » qui définit la façon dont l'enfant est nourrit (référence aux connaissances des mères dans la nutrition de l'enfant) tandis que « balakodécé » fait plutôt allusion à la capacité des parents à nourrir l'enfant. Cette dernière terminologie est beaucoup plus péjorative car met l'accent sur l'aspect quantitatif de l'alimentation et pointe du doigt le chef de famille dans son pouvoir de gestion de sa famille (capacité a apporté suffisamment à manger dans sa famille).

Il apparaît une différence de connaissance entre la communauté ayant eu un contact avec les services de santé (vaccination des enfants, enfants ayant déjà dans le programme, consultation curative) et celle n'ayant pas été exposé à cela. Cette disparité fait voir la faiblesse de la sensibilisation au niveau communautaire par les différents acteurs (relais, ASC).

❖ Traitement de la malnutrition aigue

L'itinéraire thérapeutique est fonction du niveau de connaissance de la mère sur la malnutrition. Si aujourd'hui le premier recours est le centre de santé pour le marasme, il en demeure autrement pour le Kwashiorkor où il est jugé difficile à traiter par la médecine moderne.

Certes le choix du premier recours dépend de l'exposition de la mère à l'information sur la malnutrition (séances de démonstration culinaires, surveillance des enfants sains, prise en charge nutritionnelle etc.) mais aussi de l'accès au service (existence ou non de barrières).

L'itinéraire est en grande partie guidé par les premiers symptômes observés chez l'enfant. Pour les maladies infantiles (diarrhée, IRA, paludisme, candidose buccale), le premier recours reste la recherche de soins le plus près possible dans la communauté.

La stratégie de dépistage continu (même si timide dans certaines aires de santé) a permis d'améliorer l'itinéraire thérapeutique en ce qui concerne la malnutrition en faveur du centre de santé comme premier choix. Toutefois, la persistance de la confusion entre la malnutrition et d'autres maladies infantiles (paludisme, candidose buccale) contribue à prioriser la médecine traditionnelle au sein de la communauté peu informée sur la malnutrition.

Les possibilités thérapeutiques sont assez diversifiées au-delà des centres de santé :

- **Recettes familiales médicinales traditionnelles** : utilisé comme premier moyen pour apaiser la souffrance de l'enfant, ce traitement se fait sans connaissances avérée sur les plantes mais plutôt à travers des conseils d'autres membres de communautés. C'est le premier traitement administrer en premier et souvent suffit à lui seul.
- **Les tradithérapeutes** : reconnus, de pratique ancestrale mais peu fourni car cette médecine nécessite des connaissances pour sa pratique. Très influents dans la communauté, ces tradithérapeutes ont souvent d'autres responsabilités clé dans la communauté (chef de villages, conseillers, ATR etc.).
- **Vendeurs ambulants de médicaments** : moins chers et accessibles jusqu'au niveau hameau, ces vendeurs vont au contact de la population le plus près possible. Selon certaines mères, les médicaments les plus demandés à ces vendeurs ambulants sont le Paracétamol et le Cotrimoxazole (utilisé comme sirop contre les symptômes de poussée de dent). Peu visible, ces vendeurs sont souvent des membres de la communauté
- **Cliniques/cabinets privés** : peu nombreux dans le district, sont peu utilisés car plus chers que les centres de santé étatiques mais sont accessibles à tout moment de la journée. Ainsi, peut intéresser certains nantis de la communauté dans la recherche de soins (surtout s'il y a un problème de qualité de soins ou d'autres contraintes).

❖ Médecine traditionnelle

Reconnue comme premier recours pour les maladies infantiles, la médecine traditionnelle est organisée en association (tradithérapeutes) au niveau district avec droits d'exercer. De couverture variable en fonction des aires de santé, cette médecine reste prisée par certaines mères, surtout pour des maladies qu'elles jugent difficile à traiter par la médecine moderne (candidose buccale, founoubana ou Kwashiorkor, kono ou paludisme grave etc.).

Certains praticiens, au-delà des plantes médicinales utilisent des recettes magico-religieuses face à certaines conditions de l'enfant (kono ou paludisme grave) bien apprécié par certaines mères

d'enfants malades. Cependant, ce recours retarde souvent l'accès à la demande du service PCIMA.

La médecine traditionnelle est vue par la médecine moderne comme concurrentielle tandis que certains tradithérapeutes ont référés des enfants malnutris aux CSCom en 2015 pour une prise en charge nutritionnelle. Selon un tradithérapeute : « *nous référons des enfants aux centres de santé mais nous ne recevons pas de référence de la part des centres de santé des maladies guérissable par notre médecine* ». Ceci est le témoin de la volonté affichée des tradithérapeutes de collaborer avec les centres de santé (comme évoquée au cours de la restitution de la première SQUEAC). Il s'agit d'un élément qu'il serait important de renforcer et notifier afin de mesurer ce degré de collaboration et de référencement des enfants par ces acteurs assez influents.

Le président des tradithérapeutes du district a montré sa disponibilité à collaborer avec les agents de santé et à échanger avec les autres tradithérapeutes du district.

❖ Facteurs contextuels et saisonnalité influençant le traitement de la malnutrition aigue

Le caractère cosmopolite de la population à des influences sur la capacité de rétention du programme (donc sur la couverture). Le district étant par excellence une zone de riziculture (zone Office du Niger) et de pêche, mais aussi d'élevage.

- Les bambaras : se déplaçant dans les hameaux de culture pendant la période hivernale (à cause de la distance village-champs de culture). Au cours de ces périodes, le suivi des enfants déplacés est presque impossible. Ces déplacements ne concernent pas toute la famille mais plutôt des foyers.
- Les bozos : se déplaçant en tout au long du fleuve (Macina-Mopti-Macina) en fonction des crues. Tout comme les bambaras, ces mouvements se font très souvent avec le foyer.
- Les peulhs : leurs déplacements se font sur de longue distance, à la recherche de végétation pour les animaux mais aussi pour éviter des conflits avec les bambaras pendant la période hivernale. Beaucoup plus sédentarisés loin des champs de culture.
- Travailleurs saisonniers : il existe un mouvement de travailleurs saisonnier pour les travaux de riziculture, composés de femmes (accompagnées d'enfants). Il s'agit des travaux de saison et contre-saison de riz, ce sont des mouvements de la zone exondé vers la zone inondée.

Tableau 3: calendrier des évènements et des activités

Activités/événements	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Nomadisme vers hameau de culture						départ				retour		
Nomadisme pêcheurs	départ					retour						
Nomadisme éleveurs					départ						retour	
Travailleurs saisonnier	contre	saison			saison	saison				récolte	récolte	récolte
Récolte Riz												
Récolte Mil/Maïs												
Jardinage/Maraîchage												
Saison des pluies												
Palu												
IRA												
Diarrhée												
Disponibilité alimentaire												
Aliments chers												

❖ Connaissance et appréciation du service PCIMA

La connaissance du service PCIMA a beaucoup évolué dans la communauté au fil des années. Les informations sur le service proviendraient de différentes sources selon les personnes interviewées : des relais/ASC (à travers le dépistage, DC) au personnel CSCom et les agents de Tdh. Si en 2014 la gratuité PCIME était en lien direct avec l'augmentation de la fréquentation, il en demeure moins pour 2015 où cette gratuité s'est limité à l'exemption des frais de tickets de consultation. Toutefois, l'exemption du ticket de consultation MAS (URENAS) n'a pas changé entre 2014 et 2015. Beaucoup d'enfants étaient détectés au cours de leurs pris en charge PCIME (dépistage passif). La limitation de l'exemption PCIME aux tickets de consultation a certes joué sur la consultation curative des enfants mais peu sur les admissions PCIMA.

La satisfaction du traitement de la MAS est ressortie chez beaucoup de mères d'enfants mais aussi certains membres de la communauté. Le PPN est considéré comme un médicament aux avantages multiples : « *grossit l'enfant, lui donne un bon teint et le rend fort* » selon une mère très satisfaite du résultat traitement sur son enfant.

Selon une autre mère, « *je n'hésiterais pas à référer un autre enfant d'une voisine si son enfant présente les mêmes conditions que le mien car j'ai vu le résultat* ».

Ce constat est moins partagé par les mères d'enfants MAS de l'URENI (surtout ceux admis pour œdème) où la récupération est beaucoup plus lente et souvent décourage les mères. Quelques mères ont également évoqué le refus de consommation de PPN au bout de quelques semaines de suivi, l'enfant finissant par s'enlacer.

❖ Qualité de la prise en charge

La prise en charge est assez homogène dans l'ensemble des CSCom même si des différences peuvent être observées au niveau de certaines structures compte tenu de l'expérience des chargés de nutrition en charge de la PCIMA. Le renforcement de capacité à travers les différentes supervisions (district en trimestre, régional en semestre, équipe Tdh en continu) et les formations/recyclage en sont pour beaucoup.

Les intrants MAS (nutritionnels et médicaments) sont disponibles. Il n'y a pas eu de rupture au niveau district tout au long de l'année 2015.

Les matériels de prise en charge sont également disponibles avec toutefois des défaillances des balances souvent (pour problèmes de piles) mais prises en charge par les ASACO.

Dans beaucoup de CSCom, des espaces ont été aménagés pour mieux accueillir les mères (mises à disposition de bancs ou de nattes), prise en charge des mères par ordre d'arrivée (après le triage).

Le cas d'un CSCom fut notifié par rapport à la limitation du nombre d'enfants à prendre en charge par jour ou de l'heure de la prise en charge. Au-delà de cette limite les mères étant renvoyées pour la semaine. Ce cas concerne un CSCom à grande affluence avec un personnel limité pour faire face aux besoins de demande de soins de la population. Référence en a été faite au représentant du district.

❖ Activités des relais communautaires

Associés aux activités de Tdh depuis 2013, les relais sont les acteurs communautaires faisant parti de la communauté et volontaire pour améliorer leur état de santé.

Les activités communautaires auxquelles interviennent les relais sont :

- **Le dépistage communautaire** : de campagne en 2014 à continu en 2015. Tous les relais ont été dotés en bande de Shakir (adulte et enfant) et fiches de pointage. Une motivation mensuelle est donnée au relais (mais jugée très bas) par ces derniers, d'où une différence de motivation entre les relais des villages (certains ayant mis au-devant le caractère volontaire de leur travail pour la communauté, d'autres non). Si la stratégie de dépistage continu permet d'avoir une meilleure couverture village, la question de motivation des relais et de la prise en compte des hameaux ne disposant pas de relais restent des éléments à réflexion.
- **VAD** : recherche d'enfants absent à la prise en charge ou refus de référencement voire des enfants qui stagnent dans le gain de poids.
- **DC** : à travers des recettes dont les ingrédients sont disponibles au niveau village.
- **Sensibilisation** : au cours des DC ou dépistage.

En plus des relais, il existe des ASC au niveau communautaire à travers des zones dites « sites ASC ». Ces deux groupes d'acteurs sont tous associés aux activités de Tdh. Cependant, la cohabitation entre ces deux groupes n'est pas toujours facile même si le paquet d'activité est différent car souvent perçu comme concurrentiel (recherche de privilège ou légitimité au niveau village). Cette situation s'est améliorée en 2015 au niveau de certains sites car tous les deux

groupes participent aux réunions trimestrielles organisées par Tdh au niveau CScCom au tour des activités communautaires.

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

Considérer comme Non impliqué/informé en 2014, le forum organisé en 2015 a permis de faire intervenir les autorités (mairies, ASACO, Préfectures, groupements de femmes, leaders religieux, chefs de village etc.) dans la gestion de la problématique de malnutrition. Ainsi, cela a permis d'avoir l'adhésion d'un grand nombre de personnes clés de la communauté mais aussi leur engagement dans la lutte contre la malnutrition.

Cependant, les chefs de famille au niveau village ne sont pas toujours sensibilisés pour accompagner/assister les mères dans le suivi des enfants malnutris à domicile. Ce sentier reste un défi pour cette nouvelle phase.

❖ **Barrières à l'accessibilité**

Les principales barrières à l'accessibilité et à la participation identifiées sont récapitulées dans le tableau ci-dessous

[Tableau 4: description des barrières à la couverture](#)

Barrière	Description
Information /sensibilisation:	Communication relais/ASC vers Communauté (sensibilisation) Confusion malnutrition/ autres maladies (paludisme, poussée de dent) Implication des hommes dans le suivi de l'enfant
Accès aux soins	Faiblesse du suivi après dépistage Distance / transport Médecine traditionnelle, automédication Occupation des mères (grandes familles, travaux champêtres) Indisponibilité des mères (maladie)
Prise en charge	Insuffisance du personnel CScCom Accueil, temps d'attente, horaire de travail, limitation d'un nombre à prendre par jour de PEC Rupture Plumpy Sup Refus du Plumpy Nut

3.2. **ETAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE**

3.2.1. Estimation de la probabilité à priori

Les barrières et boosters ont été recoupés par source et par méthode (récurrence) et présentés sous forme de BBQ. La pondération a été faite avec les enquêteurs et l'équipe projet.

Il n'y a pas eu d'étape de confirmation des CSCom à probabilité élevé ou faible de couverture au cours de cette enquête de suivi.

Les barrières et boosters sont ceux identifiés au cours de l'étape 1 et de l'interview des mères d'enfants MAS non-couverts.

Tableau 5: Pondération des barrières

2014					2015				
Barrières	Equipe SQUEAC	Communaute	Score final	Moyenne	Barrières	Equipe SQUEAC	Communaute	Total	Moyenne
Transport/ distance/ trajet	17	20	37	4,6	Distance/Moyenne de transport	16	16	32	4
Hivernage + saison récoltes	14	19	33	4,1	Occupations des mères	16	14	30	3,75
Occupation des femmes	15	16	31	3,8	Accessibilité pendant l'hivernage	12	16	28	3,5
Manque d'argent / peur de payer	13	15	28	3,5	Maladie de la mère	14	12	26	3,25
Medecine traditionnelle	16	11	27	3,3	Rupture PPS et farine (intrants MAM)	12	14	26	3,25
Faiblesse dépistage communautaire	16	10	26	3,2	Méconnaissance effets malnutrition	14	12	26	3,25
Manque souplesse prise en charge (jour/retard)	11	15	26	3,2	Faible implication des hommes dans le suivi de l'enfant	12	14	26	3,25
Faible pouvoir décision des femmes/ refus des maris	14	12	26	3,2	Insuffisance explications données aux mères sur la maladie (malnutrition)	14	10	24	3
Eau priorite/pas la sante	12	13	25	3,1	Peu d'explications données sur la durée du traitement	12	12	24	3



Auto-medication	15	10	25	3,1	Fixation d'un nombre d'enfants à PEC par jour	10	12	22	2,75
Pb d'accueil au centre/ temps d'attente	12	10	22	2,7	Médecine traditionnelle 1 ^{er} recours	10	10	20	2,5
Jour du programme (foires, marches)	10	12	22	2,7	Fixation d'horaire pour la prise en charge (pas de PEC après-midi)	8	12	20	2,5
Insuffisance outils et supports pour les relais	13	8	21	2,6	Automédication	8	10	18	2,25
Nbre jour programme / affluence	10	11	21	2,6	Problème d'accueil	6	10	16	2
Représentation de la malnutrition (confusion palud)	14	6	20	2,5	Rejet	6	10	16	2
Rupture stock Plumpy Sup	10	10	20	2,5	Insuffisance de personnel	12	4	16	2
Vendeur médicaments ambulants	12	6	18	2,2	Pouvoir décisionnel des femmes	8	8	16	2
Instabilité/assidue des relais	11	6	17	2,1	Mobilité de la population (nomadisme)	4	6	10	1,25
Faiblesse communication Relais-ASC vers communauté	11	6	17	2,1	Total				50
Gratuite ciblée MAS + Kit	8	9	17	2,1					
Préférence Plumpy Sup / farine	9	7	16	2					
Rejet/ critères/ jours admission	6	9	15	1,8					
Insuffisance personnel CSCOM	13	2	15	1,8					
Négligence, paresse des mères	7	7	14	1,7					

Rotation menages familles polygames	5	7	12	1,5
Manque d'info depistage/PEC vers les meres	6	5	11	1,3
Habiter un hameau	7	1	8	1
Ramadan/ Ceremonies	3	3	6	0
Maladie de la mere	4	1	5	0
Abandons	3	6	9	1
Mobilite	?	?	?	
Total				71,3

>12 = impact fort

10 -12= impact moyen

0-10 = impact faible

Comparé à la SQUEAC de 2014, on constate

- La persistance de certaines barrières avec le même impact (distance, occupations des mères, rupture PPS)
- D'autres ont diminué d'impact (problème d'accueil, médecine traditionnelle, pouvoir décisionnel des femmes, rejet)
- Tandis que d'autres ont disparu (insuffisance d'outils ou supports pour les relais)
- Certaines ont augmenté d'impact (maladie de la mère, faible implication des hommes). Impact ressenti dans les abandons et suivi de référencement des enfants dépistés.
- Pas de nouvelles barrières identifiées au cours de cette investigation

Les principales activités ayant impacté sur l'évolution des barrières sont :

- La stratégie de dépistage continu au niveau communautaire par les relais et dotation en support pour le dépistage.
- Les réunions trimestrielles au niveau CSCoCom tenues avec les relais/ASC, ASACO et DTC : créant un cadre d'échange et de partage des difficultés dans l'exécution des activités communautaires.
- Le forum sur la problématique de la malnutrition avec les autorités communautaire, district et régional.

Au-delà, des activités informelles d'information et sensibilisation se sont poursuivies au niveau village et CSCoCom avec l'équipe terrain Tdh.

Tableau 6: Pondération des boosters

BOOSTERS	SQUEAC	Communauté	Moyenne
----------	--------	------------	---------

Bonne perception du service/satisfaction du service	3,5	4,5	4
Dépistage continu au niveau communautaire par les relais/ASC	2,5	3	2,75
Relais/ASC outillés pour mener les activités	3	2,5	2,75
Connaissance des causes de la malnutrition	1,5	3,5	2,5
Suivi des référencement par les relais au niveau communautaire	1,5	3,5	2,5
Disponibilité et gratuité des intrants MAS	3,5	1,5	2,5
Satisfaction communautaire du travail des relais	1,5	3,5	2,5
Relais/ASC formés	2,5	2	2,25
Agents de santé formés	3,5	1	2,25
VAD	2	2,5	2,25
Sensibilisation effectuée par les relais/ASC	1	3	2
Pas de stigmatisation	2	2	2
Référencement des enfants par d'autres membres de la communauté (mère, tradithérapeutes)	2	2	2
Suivi/supervision des relais dans les activités communautaires	2	2	2
Disponibilité matériels de PEC au niveau des CDS	2,5	1,5	2
Appui technique partenaire	2,5	1	1,75
Exemption ticket MAS (URENAS)	2,5	1	1,75
Exemption PEC URENI (mère, enfant)	2,5	1	1,75
Sensibilisation au cours de la PEC par les agents CDS	1,5	1,5	1,5
Dépistage systématique	1,5	1	1,25

Total			44,25
-------	--	--	-------

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

$$\text{Prior} = \frac{(\text{Barrières} + \text{Boosters})}{2} \quad . \text{ Avec Barrières} = 100 - 50 = 50\% \text{ et Boosters} = 0 + 44,25\% = 44,25\%$$

$$\text{Soit Prior} = (50 + 44,25)/2 = \mathbf{47,125\%}$$

Le Prior a été abaissé à 45% soit une valeur de $\alpha = 15,6$ et $\beta = 19,1$ 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 56 pour la construction de l'évidence vraisemblable.

3.2.2. Evidence vraisemblable

Selon la taille d'échantillon suggérée par la calculatrice de Bayes (56), la population moyenne par village (1171), la proportion des 6-59mois (19,9%) et la prévalence de la MAS dans la région $(1,2 - [1,2 - 0,6]/2) = 0,9$, l'échantillon minimal de village à enquêter est de : 26 villages.

Vu le nombre d'équipes disponibles et la période de l'enquête, le nombre de village a été ramené à 30.

Les villages ont été choisis en utilisant la méthodologie de l'échantillonnage spatiale stratifié, chaque strate correspondant aux villages d'une aire de santé classés par ordre alphabétique.

Au total 37 Mas ont été trouvés et 12 étaient couverts et 24 en voie de guérison.

3.2.3. Probabilité à priori : Estimation de la couverture

En introduisant les données de l'évidence vraisemblable dans la calculatrice de Baye.

On obtient une estimation de la couverture de **38,2% (27,8%-49.9%)** avec un intervalle de confiance 95%.

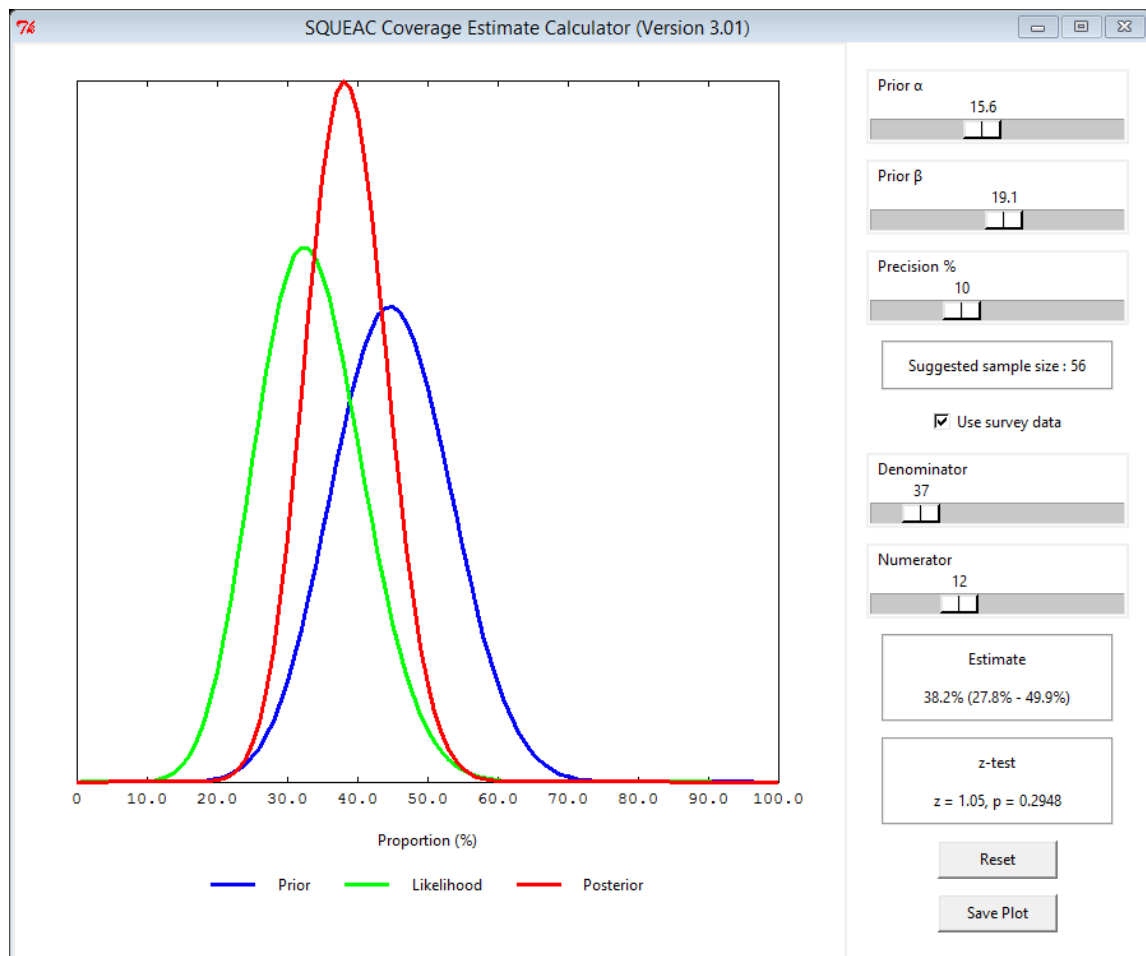
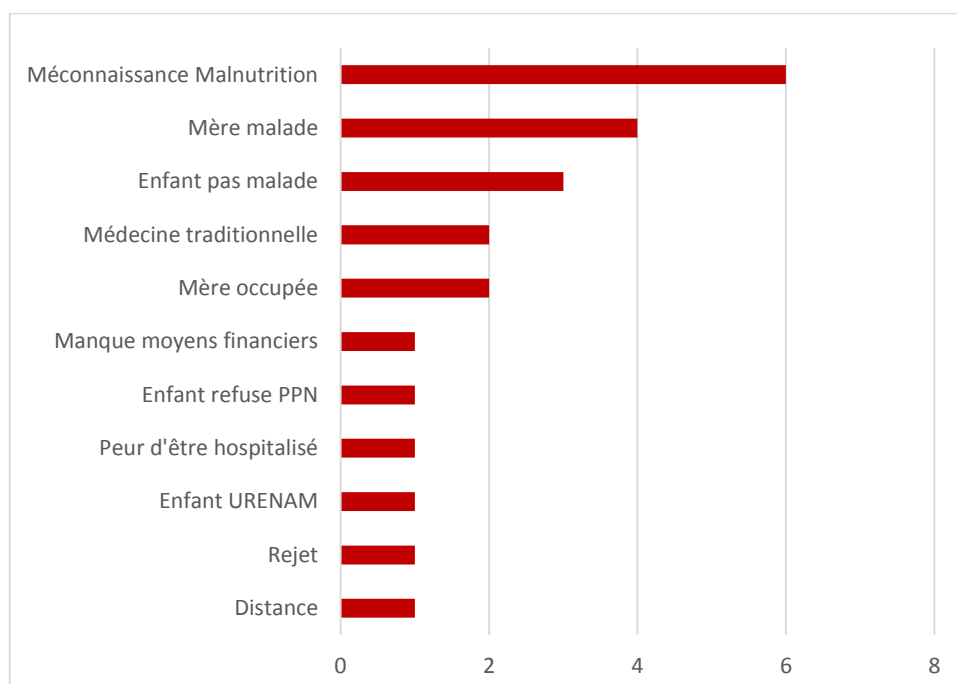


Figure 16: Résultats Calculatrice Bayes

Au cours de la SQUEAC réalisée en 2014, une couverture de 34,4% fut ressortie. Si celle de cette année est supérieure à 2014, le gain n'est pas cependant significatif. Quelques facteurs peuvent expliquer cette faible augmentation de la couverture :

- Faible niveau de mobilisation communautaire : les activités sont encore axées sur les seuls relais.
- Qualité de la prise en charge : les activités PCIMA sont laissées aux « chargés nutrition des CSCom ». Les DTC sont peu impliqués dans le suivi de ces activités
- Un changement de staff a eu lieu à la moitié de 2015 : l'effectif des agents de terrain a été modifié à plus de 50%.
- Changements de « chargé SMI » : 3 chargés se sont succédés en 2015. Premier responsable des activités du projet au niveau district, chaque changement avec ces corollaires de modifications dans l'encadrement de l'équipe et la gestion des activités (avec un temps d'adaptation).

Les principales barrières relevées durant l'étape 3 se retrouvent dans la graphique ci-dessous.



Si la distance fut évoquée principale barrière au cours l'étape 1, l'interview des mères d'enfants MAS non-couverts n'a pas confirmé cela en 2015. Par contre, beaucoup de ces mères ne connaissaient pas la condition de leur enfant ou les effets.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Etat de la mise en œuvre du plan d'action de la SQUEAC précédente

Secteur	Activités	Operateurs	Statut
Mobilisation Communautaire	Elaboration de la stratégie et du suivi	Tdh + Dvt social	Non réalisée
Information/Sensibilisation	Organisation d'un grand forum sur PCIMA avec les autorités, CSCOM, relais etc.	CC+ Préfecture + DRS+ Tdh	Réalisée
	Sensibilisation des hommes: "accompagnement des enfants, moyens de transport, information sur le programme, sensibilisation sur les autres recours thérapeutiques... »	Tdh + Mairie →Chefs de village, leaders religieux→ Communauté (micro, crieur)	Partiellement réalisée (informelle)
	Information pour les femmes: " compréhension du dépistage, gratuite et durée du traitement, causes et conséquences de la malnutrition, valorisation des mères d'enfants guéris»	Tdh + CAFO→ Associations des femmes / radio	Partiellement réalisée
	Affichage obligatoire par tableau des services et tarifs des CSCOM à l'entrée des centres	CC+ District, Mairie, FELASCOM, ASACO	Partiellement réalisées (quelques CSCOM: moins de la moitié)

Secteur	Activités	Operateurs	Statut
Dépistage	Mise à disposition de MUAC, fiches de référence et de suivi à TOUS les relais	Tdh + MCD+DRS+ASACO	Réalisée
	-Intégration des hameaux dans les activités : visites des relais et des ASC sous supervision Tdh. Information des chefs de hameaux	Tdh + MCD+DRS+ASACO	Partiellement réalisée
	Distribution élargie de MUAC: Mères d'enfants guéris, leaders, associations des femmes, guérisseurs (?)...	Tdh + MCD+DRS+ASACO	Non réalisée

Accès aux soins	Stratégie de dépistage spécifique pour les travailleurs saisonniers (campagnes sur les terres agricoles)	Tdh + MCD+DRS	Non réalisée
	Organisation villageoise du transport des enfants : mise à disposition de charrette, soutien financier pour les motocycles, organisation par les pères	CC+ Mairie, Préfecture, chefs de village, CAFO, associations des femmes, Motocycle CSCOM	Partiellement réalisée
	Initiation du dialogue avec les guérisseurs : dépistage, orientation, suivi des enfants	Tdh+ ASACO+ MCD, CC+ Association Guérisseurs	Non réalisée

Thèmes	Activités	Opérateurs	Statut
Plaidoyer	Plaidoyer + réorganisation de l'approvisionnement PAM	Tdh+DRS+CMN+UNICE F+ECHO	Partiellement réalisée
RH	Définition de la motivation du personnel CSCOM dans le préfinancement	TDH+CC+MCD+FELAS COM	Réalisée
Prise en charge	Exploration de l'option Tiers-payant/Mutuelles	TDH + Mutuelles + MCD+CC+ Développement social	Partiellement réalisée
Prise en Charge	Souplesse de prise en charge (hivernage)	DRS+ MCD+ CSCOM	Partiellement réalisée
Formation/ recyclage	Recyclage des personnels sur l'administration du Plumpy Nut	TDH+ MCD+ DRS	Réalisée

Un an après la mise en œuvre du plan d'action issu des recommandations de la dernière SQUEAC, la couverture programme n'a pas beaucoup évolué. L'amélioration de la couverture du programme passe par une implication effective de la communauté et des autorités locales et administratives.

L'organisation du forum sur la problématique de la malnutrition fut l'occasion d'interpellé les différents responsables de la gestion de la santé. A travers cela, Tdh veut obtenir l'adhésion et l'implication de tous les acteurs afin d'améliorer la lutte contre la malnutrition, ainsi améliorer la couverture. Toutefois une passivité est observée dans l'exécution de ces engagements.

Au cours de la restitution de cette investigation, des engagements ont été pris par les différents acteurs en fonction des responsabilités au niveau communautaire. Afin d'éviter la rhétorique de la restitution de 2014, le plan d'action sera multiplié et partagé aux différents acteurs ayant assisté à la restitution avec un état d'avancement en trimestre.

Tdh étant en appui/accompagnement des autorités, il est important que la communauté soit mieux organisée pour relever le défi afin de permettre une appropriation par les autorités de la dynamique d'amélioration de la couverture amorcée par l'ONG.

1. Mobilisation communautaire

Proposée par le Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES) depuis l'année dernière, elle n'a pas vu le jour formellement par manque de ressources financières (car l'activité à un coût). Cette année, Tdh va appuyer la réalisation de cette à hauteur des ressources disponibles afin de permettre une meilleure implication de toutes les couches de la communauté.

2. Information/sensibilisation

Il ressorti une différence de niveau et type d'informations sur la malnutrition au sein de la communauté. Cette différence est d'autant plus importante dans la communauté homme. Certes la mobilisation communautaire est une occasion de partager la même information à toute une communauté. Au-delà, les radios locales ou autres canal d'information (groupements de femmes, RECOTRADE) pourront être mis à profit pour une plus large sensibilisation/information de la population sur la malnutrition.

3. Dépistage

La nouvelle stratégie de dépistage a augmenté les admissions dans le district, toutefois la régularité et le suivi n'est pas régulier. Au-delà du dépistage, une information assez claire doit être donnée aux mères d'enfants MAS par rapport à l'état nutritionnel de leur enfant mais aussi sur la malnutrition (signes, causes, conséquences). Les mères d'enfants doivent être informées de la possibilité que l'enfant ne soit pas admis au CSCom si la mère n'amène pas rapidement (le même jour ou le lendemain) où la vérification démontre que l'enfant n'est plus malnutri.

Les résultats du dépistage doivent être partagés avec le chef de village afin d'obtenir son implication et adhésion. Ce système sera suivi en mensuel à travers les agents de terrain de Tdh.

4. Accès aux soins

La barrière actuelle existante est beaucoup plus relative à l'accessibilité physique : barrière naturelle pendant l'hivernage, moyen de transport pour les villages distants. Une organisation

villageoise du transport des enfants est importante pour réduire la barrière liée à l'accessibilité physique mais aussi la possibilité de donner des traitements de deux semaines en certains moments de l'année (période hivernale, période des travaux champêtres).

En outre, les fortes occupations des mères (travaux domestiques, champs) nécessitent une organisation familiale afin de permettre aux mères d'enfants MAS de s'occuper des enfants malades. Ceci passe par une collaboration avec le chef de famille afin d'obtenir son implication pour faciliter le suivi des enfants malnutris.

5. Plaidoyer

La disponibilité d'intrants pour les MAM (PPS, CSB+) est toujours problématique et ne s'entend pas s'améliorer sous peu. Au-delà du plaidoyer auprès de PAM et des autorités du pays (ministère de la santé), une alternative locale de traitement de la malnutrition doit être recherchée (promotion des produits locaux, mise en place des FARN etc.).

6. Prise en charge/ressources humaines

La qualité doit être améliorée dans l'accueil et le suivi des enfants afin d'encourager les mères. Au-delà, les mères doivent être informées de l'évolution de l'état nutritionnel des enfants au cours de ces suivis.

Le renforcement de capacité à travers les supervisions continues, district et régional doivent continuer afin de maintenir un service de qualité.

La disponibilité du personnel en nombre est un élément important à prendre en compte par les organes de gestion des CSCom (ASACO, mairies) car la qualité peut être détériorée si la

charge de travail est élevée et le staff réduit. La moyenne de staff étant de 3 agents par structures sanitaires communautaires.

Pour améliorer la couverture du programme, le plan d'action proposé est le suivant :

Thèmes	Activités	Operateurs	Planning
Mobilisation communautaire	Dialogue communautaire	SDSES+Mairie+ASACO+Préfecture/Sous-Préfecture+Tdh	Trimestre 2 2016
Sensibilisation	Sensibilisation des hommes	Préfecture/Sous-Préfecture+ASACO+Mairie+SDSES -----àChefs de villages, autres Leaders	Trimestre 1 2016
Information/Sensibilisation	Information sur la malnutrition (utilisation des canaux de communication)	Mairie+ASACO+CAFO+MCD+RECOTRADE+Tdh	Trimestre 2 2016

Thèmes	Activités	Operateurs	Planning
Dépistage	-renforcer le dépistage continu, -impliquer les chefs de village dans le partage des données de dépistage et suivi des référencement -Renforcer/encourager le référencement par les autres membres de la communauté	MCD+ASACO+leaders communautaires+Tdh Mères d'enfants MAS guéries, tradithérapeutes etc.	Immédiat
Accès aux soins	Organisation villageoise du transport des enfants	ASACO+Mairie+Préfecture+chefs de villages	Trimestre 1 2016
Accès aux soins	Initiation du dialogue avec les guérisseurs/ tradithérapeutes	Sous-préfecture/préfecture+ ASACO+MCD+Association Guérisseurs+Mairie	Trimestre 1 2016

Thèmes	Activités	Operateurs	Planning
Plaidoyer	Recherche d'autres alternatives pour le traitement des MAM (promotions des produits locaux, FARN)	DRS+MCD+Préfecture	Trimestre 1 2016
Prise en charge	Exploration de l'option Tiers-payant/Mutuelles	Tdh + Mutuelles + MCD+CC+SDSES+Mairie	Trimestre 2 2016
Prise en charge	Améliorer la qualité des prestations (informations sur la PEC: durée du traitement, accueil, dépistage passif, horaire de travail etc.)	MCD+DTC+ASACO+Tdh	Immédiat
Prise en Charge	-Souplesse dans la prise en charge (hivernage, récolte) -Tester la PEC URENAS communautaire (site ASC loin du CSCom)	DRS+ MCD+ DTC+ASACO	Trimestre 2 2016

Points d'action spécifique pour Terre des Hommes

- Organiser l'analyse des données de routine au niveau district : en trimestre ou semestre, cette analyse permettra d'ajuster les activités en fonction des performances ou difficultés observées au niveau des structures sanitaires. Le département de suivi-qualité de Tdh pourrait être d'un grand secours dans ce sens.
- Intégrer le recueil de données qualitatives dans les activités de routines et les supervisions : perception du programme, appropriation des messages informatifs, information et implication des chefs de village etc.
- Vérifier l'effectivité du partage des données (dépistage, enfants dans le programme) avec les chefs de villages.
- Suivi du dépistage continu au niveau des hameaux : permettre une couverture dépistage élargie à toute l'aire de santé
- Recherche de dynamique partenariale avec les organisations communautaires existantes : confrérie des chasseurs, associations de femmes, radios communautaires, leaders religieux...
- Formalisation et rationalisation des supervisions continues réalisées par les agents de Tdh (plan d'action par CSCoM, besoin pouvant être déterminé par les analyses des données routines et des données qualitatives recueillies).

ANNEXE

Annexe 1 : Organisation du recueil des données qualitatives

Relais	Mère de MAS	Agent de santé	Communauté (homme, femme)	Tradi-praticien	Leaders	OCB	Représentant district

Annexe 2 : Planning enquête

Activités	Participants	09/12/2015	10/12/2015	11/12/2015	12/12/2015	13/12/2015	14/12/2015	15/12/2015	16/12/2015	17/12/2015	18/12/2015	19/12/2015	20/12/2015	21/12/2015
Révision du rapport et du plan d'action: analyse qualitative de la phase1, résultats des BBQ, liste des barrières de l'étape 3, les recommandations	Comité de pilotage													
Analyse des données de routine + plan d'échantillonnage	Comité de pilotage+enquêteurs													
Formation sur le recueil des données qualitatives	Comité de pilotage+enquêteurs													
Recueil des données qualitatives	Comité de pilotage+enquêteurs													
Synthèse des données qualitatives + Pb standardisation	Comité de pilotage+enquêteurs													
Calculatrice de Bayes + échantillonnage grande zone	Comité de pilotage+enquêteurs													
Etape 3: Enquête grande zone	Comité de pilotage+enquêteurs													
Restitution	A définir													

Travail bureau

Terrain

Annexe 3 : Agenda de la formation

ENQUÊTE DE SUIVI SQUEAC

JOUR 1

Heures	Activités	Facilitateur
08h00-08h30	Ouverture de la session Présentation participants Conditions administratives de participation Présentation agenda	Dr Hamidou
08h30-09h00	Présentation des Tdr	Dr Coulibaly
09h00-10h15	Présentation générale de la méthodologie SQUEAC	Dr Hamidou
10h15-10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30-13h00	Formation sur le recueil des données qualitatives	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra
13h00-14h00	<i>Pause déjeuner</i>	
14h00-15h30	Jeux de rôles sur le recueil des données qualitatives	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra
15h30-16h00	Commentaires sur le recueil de données (à partir du jeu de rôle)	Participants
16h00-16h15	<i>Pause</i>	
16h15-17h30	Revue des barrières de l'enquête dernière	Dr Hamidou

JOUR 2

Heures	Activités	Facilitateur
8h00-10h15	Analyse des données de routine (Groupe 1) Test des outils qualitatifs (Groupe 2)	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra
10h15-10h30	<i>Pause-café</i>	
10h30-13h00	Analyse des données de routine (Groupe 1) Test des outils qualitatifs (Groupe 2)	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra
13h00-14h00	<i>Pause déjeuner</i>	
14h00-16h00	Analyse des données de routine (Groupe 1) Restitution Test des outils qualitatifs (Groupe 2)	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra
16h00-16h15	<i>Pause</i>	
16h15-17h30	Préparation recueil des données qualitatives	Dr Hamidou/Dr Coulibaly/Dr Théra

Annexe 4 : Liste de l'équipe d'enquête

PRÉNOMS & NOMS	Fonction
Aïbaber Mariko	Enquêteur
Bakary M Coulibaly	Enquêteur
Fatoumata Diallo	Enquêteur
Sadio Djénépo	APN
Adama Sylla	Enquêteur
Tidiani Koné	Superviseur SI
Mohamed Ag Almoubareck	Superviseur SI
Samba Diallo	APN
Dr Kanou E Théra	Chargé SMI
Dr Mohamed Z Coulibaly	Responsable SI
Dr Hamidou Traoré	Chef de projet santé/nutrition

Annexe 5 : Formulaire de recherche active de cas

Région : _____

District Sanitaire : _____

Aire de sante : _____

Village : _____

Coordonnées
géographiques: _____

Equipe: _____

Distance de CSCOM : _____

Date : _____

Nom de l'enfant	VILLAGE	SEXE	AGE (Mois)	PB (MM)	ŒDEMA (+, ++, +++)	Cas couvert?	Perception distance CSCOM? (proche, loin, très loin)

TOTAL :

N° total enfants dépistés : _____

N° total cas couverts : _____

N° total cas MAS : _____

N° total cas MAM : _____

Annexe 6 : Questionnaire pour cas non-couverts

District : _____ **Aire du CSCOM:** _____
Village : _____

NOM de la mère : _____ **Nom de L'Enfant :** _____

Equipe: _____ **Date :** _____

1. Pensez-vous que l'enfant est malade?

☐ Si oui, de quelle maladie souffre-t-il? _____ ☐ Non → Comment expliquez-vous son état? _____

2. Pensez-vous que l'enfant est malnutri?

☐ Oui ☐ Non → **STOP**

3. Savez-vous ou l'enfant devrait-il être traité?

☐ Oui ; Quel est le nom du programme ? _____ ☐ Non → **STOP**

4. Qu'est-ce qui vous a empêché d'emmener l'enfant au CSCOM ?

- ☐ 1. Trop loin; Quelle est la distance (km) ? _____ Combien d'heures de marche ? _____
- ☐ 2. La mère n'a pas le temps/ trop occupée; Prière de spécifier ses activités: _____
- ☐ 4. La mère est malade ☐ 11. Le mari a refusé
- ☐ 5. L'enfant a déjà été refusé au CSCOM ; Quand ? _____ ☐ 12. D'autres familles ont eu leurs enfants refusés
- ☐ 6. La mère a honte ☐ 13. Problèmes de sécurité
- ☐ 7. La mère ne peut pas faire le trajet avec plus d'un enfant ☐ 14. Personne pour s'occuper des autres enfants
- ☐ 8. La quantité de Plumpy Nut donnée n'est pas suffisante ☐ 15. La mère pense que le programme ne va pas aider l'enfant (préfère une autre médecine)
- ☐ 9. La mère pense que l'enfant sera d'abord hospitalisé : _____
- ☐ 10. Autre raison : _____

5. Est-ce que votre enfant a déjà reçu un traitement? Est-ce qu'il a déjà été admis au programme CMAM auparavant? (URENAS/URENI/URENAM) ?

☐ Oui; pourquoi n'est-il plus dans le programme ? _____ ☐ Non → **STOP**

☐ 1. Abandon ; Quand ? _____ Pourquoi ? _____

☐ 2. Déchargé guéri; Quand ? _____ ☐ 3. Déchargé non-guéri; Quand ? _____

☐ 4. Autre raison : _____

Remercier la mère et lui remettre le formulaire de référence.

Commentaires : _____

Annexe 7 : Participants à la restitution

Structure	Observation
DRS Ségou (1)	Représentant du Point Focal Nutrition
CSRéf (2)	MCD et PFN
Préfecture (1)	Préfet adjoint
Conseil de Cercle (1)	Représentant
Service Dévelop Social (1)	Directeur
Association des femmes Macina(CAFO) (1)	Présidente
FELASCOM (1)	Pdt
Association des tradi-praticiens (1)	Président
Imam (1)	Principal
Prêtre (1)	Principal
Chef de village (1)	Chef de village
URENI de Kolongo (1)	Médecin en charge de l'URENI
ONG locale (ASSAFE) (1)	Représentant
Mairie (1)	2ème adjoint
Ecole des infirmiers (1)	Représentant
Radio locale (2)	Représentants
Tdh	Staff santé