

RAPPORT de suivi des barrières,

MOSANGO, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Février 2015



REMERCIEMENTS

Action contre la Faim (ACF) voudrait remercier le Médecin Inspecteur Provincial de la Santé, Province du Bandundu ainsi que les autorités sanitaires et administratives de leur soutien pour la réalisation de l'enquête de suivi des barrières de la Prise en Charge intégrée de la Malnutrition Aigue (PCIMA) dans la zone de sante de Mosango, District Sanitaire (DS) du Kwilu, au Bandundu.

ACF remercie également les chefs des villages et des quartiers pour leur collaboration dans la récolte des données.

Nous remercions particulièrement tous ceux qui ont pris part à cette investigation, les équipes qui ont participé à la réalisation de l'enquête sur le terrain, pour leur patience et leur professionnalisme.

ACF remercie enfin vivement toutes les populations intéressées, pour leur collaboration lors du déroulement des activités sur toute l'étendue de la Zone de Sante (ZS).

Equipe de coordination:

- **Dr Freddy NITU**, Adjoint Responsable Département Nutrition-Santé, ACF/RDC¹.

Equipe d'investigation:

A. Équipe ACF

- Hugues KASHIAMA, Superviseur d'activité Kikwit, ACF-RDC
- Justin GIZENGA, Encadreur technique Mosango, ACF-RDC
- Fabiola KABAMBA, Encadreur technique Mosango, ACF-RDC

B. Equipes BCZ

N°	NOMS	FONCTION
1	MAWALA DAMAS	Animateur Communautaire
2	MIMI OLEME JULES	Infirmier Superviseur (IS)
3	KIFIKIOU FAUSTIN	Administrateur - Gestionnaire (AG)
4	TWALA JEAN	AG
5	MUPUNDU DADA	AG
6	KIMANA JUNIOR	AG
7	KASELA REMY	IS
8	MASOLE EDDY	AG
9	KUPAY ROBERT	IS
10	LUSASI SENGHOR	AG
11	KIBAKA GUELORD	IS
12	BIDIKI DON BASILE	IS
13	MUSONGI HAMED	Agent de Santé

¹ RDC : République Démocratique du Congo

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
AG	Administrateur – Gestionnaire
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
BBQ	Barrières, Boosters et Questions
CCBN	Cellule Communautaire de Base pour la Nutrition
CMN	Coverage Monitoring network
CS	Centre de Santé
DS	District Sanitaire
ECZS	Équipe Cadre de la Zone de Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EPSN	Education Pour la Santé et la Nutrition
CSAS	Centric Systematic Area Sample
FANTA	Food And Nutrition Technical Assistance
SAME	Sécurité alimentaire et Moyens d'existence
HGR	Hôpital Général de Référence
HS	Hôpital Secondaire
IC	Intervalle de Confiance
IS	Infirmier Superviseur
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MCZ	Médecin Chef de Zone
min	Minute
mm	Millimètre
OCHA	Bureau de la Coordination des affaires Humanitaires – Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCA	Programme Communautaire Ambulatoire
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PEC	Prise En Charge
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PRONANUT	PROgramme NATional de NUTrition
PS	Poste de Santé
PUNC	Pool d'Urgence Nutritionnelle au Congo
P/T	Rapport Poids pour Taille
RAAC	Recherche Active et Adaptative des Cas
RDV	Rendez-vous
RDC	République Démocratique du Congo
ReCo	Relais Communautaire
SEC	Secrétaire
SNSAP	Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce
SQUEAC	Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
TPS	Tradi-Praticiens Sanitaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNT/UNTA/UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique/Ambulatoire/Intensive
UNS	Unité Nutritionnelle Supplémentaire
VAD	Visites à Domicile
ZS	Zone de santé

RESUME

La ZS de Mosango est située dans le territoire de Masimanimba, District Sanitaire de Kwilu, dans la Province du Bandundu, en République Démocratique du Congo. Elle a une superficie de 3 350 km² avec une population évaluée à 117 896 habitants, soit une densité moyenne de 35 habitants au km².

Depuis juillet 2013, un projet intégré nutrition et sécurité alimentaire et moyen d'existences (SAME) est exécuté dans la zone par ACF. L'appui nutritionnel, au niveau de la zone de santé Mosango, consiste en une intégration de la PCIMA dans 16 Centre de Santé (CS) et 2 hôpitaux, soit l'ensemble des aires de santé, une formation des acteurs communautaires sur les activités de dépistage, l'Education Pour la Santé et la Nutrition (EPSN) et de Visite à Domicile (VAD) ainsi que la formation des prestataires des soins dans les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoire et Intensive (UNTA et l'UNTI) sur la Prise En Charge (PEC) et sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Le programme appuie également l'approvisionnement et le transport des intrants nutritionnels et médicaux. Un appui financier sous la forme d'enveloppe de soutien donné à la ZS est enfin apporté pour assurer un bon fonctionnement des activités du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZ), et l'intégration de la PCIMA au niveau de l'Hôpital Général de Référence (HGR) et des CS. Une dernière enquête nutritionnelle anthropométrique réalisée en décembre 2014 par ACF montrait des taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) de 8,3% [5,9% - 11,7% IC²] et de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) de 0,9% [0,4% - 2,1% IC].

Après 7 mois de déroulement des activités du nouveau programme dans cette zone de santé, une évaluation de la couverture du programme de PCIMA avait été réalisée pour la première fois du 19 février au 4 mars 2014 au moyen d'une Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC). Les résultats montraient que la couverture dans cette zone de santé présentait une allure d'une couverture en accord avec les standards SPHERE (≥50% en milieu rural), mais hétérogène avec une estimation initiale de la couverture du programme de 50.8% (IC 95% de 41.0% - 60.7%). Onze mois après, un suivi des barrières identifiées durant cette SQUEAC a été réalisé, suivant la même méthodologie, mais ne comprenant donc pas l'estimation de la couverture.

Les résultats de cette seconde enquête montrent que la distance/accessibilité (entre le CS et les villages) apparaît comme première cause des abandons dans le programme (52%), et dans une moindre mesure de la non couverture du programme (11%, mais avec un échantillon petit : 9). Elle est aussi clairement apparue comme une barrière à la couverture pendant l'analyse des données qualitatives, bien que cela ne se reflète pas distinctement dans les données quantitatives.

D'autres facteurs négatifs limitant la couverture et l'accessibilité à la PCIMA dans la zone de santé de Mosango ont également été identifiés. Il s'agit du nombre réduit des Relais Communautaires (ReCos) formés par village et leur manque de motivation financière, de la stigmatisation entraînant la honte des parents et affectant l'adhésion au programme, du phénomène de rejet, de la mauvaise utilisation d'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) et de la rupture en médicaments pour le traitement systématique.

Pour cette seconde évaluation, une bonne évolution a donc été constatée, particulièrement au regard des données quantitatives avec : une amélioration de la détection précoce, une diminution de la durée de séjour à l'UNTI, un meilleur Périmètre Brachial (PB) à l'abandon, une longue durée dans le programme avant abandon et une diminution d'erreur d'admission. La durée de séjour à l'UNTI semble être plus longue, restant toutefois conforme aux prescriptions du protocole PCIMA³.

² IC : Intervalle de Confiance

³ Norme acceptable : 5 à 9 semaines (Moyenne : 7 semaines)

Sur la base de ces résultats, il apparaît que la mise en place d'un plan de communication (sensibilisation) avec l'apport des Cellules Communautaires de Base pour la Nutrition (CCBN) et des groupes de soutien ANJE commence à porter ses fruits malgré un temps d'action assez court. A ceci, il est aussi important d'ajouter que le rapprochement des services avec l'ouverture des sites avancés et une meilleure maîtrise des complications en particulier et du protocole PCIMA en général par les prestataires contribue à cette amélioration.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	8
2.	OBJECTIFS	10
	OBJECTIF GENERAL	10
	OBJECTIFS SPECIFIQUES	10
3.	METHODOLOGIE	11
	3.1 APPROCHE GENERALE	11
	3.2 ETAPES	11
	3.3 ORGANISATION DE L'INVESTIGATION	13
4.	RESULTATS	14
	4.1 IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE ET DES BARRIERES A L'ACCESSIBILITE	14
	4.1.1 ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES	14
	4.1.2 ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES	24
	4.2 HYPOTHESES SUR LES ZONES DECOUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE - ENQUETES SUR PETITES ZONES	23
	4.3 ESTIMATION DE LA PROBABILITE A PRIORI	27
5.	DISCUSSION	25
6.	RECOMMANDATIONS	26
	ANNEXES	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résultats des enquêtes menés sur la Zone de santé de Mosango par ACF durant ce projet	9
Tableau 2: Résultats de la petite enquête géographique	26

LISTES DES FIGURES

Figure 1: extrait de la carte « RDC – Zones de Santé », Juin 2009, source : OCHA	8
Figure 2 : Indicateurs de performance, par mois, février à décembre 2014	14
Figure 3: Evolution des admissions/abandons confrontés aux calendriers saisonniers et événements clés	15
Figure 4: Evolution des abandons confrontés aux calendriers saisonniers et événements clés	16
Figure 5: Répartition des admissions MAS ambulatoires par UNTA	17
Figure 6: Répartition des admissions MAS ambulatoires par AS (En fonction de la population de 6-59 mois)	17
Figure 7: PB des enfants malnutris à l'admission (Sans œdèmes) du programme	18
Figure 8: PB des enfants malnutris à l'admission (Avec PB seul) du programme	18
Figure 9: Admissions par rapport à la distance	19
Figure 10: Admission par catégorie dans le programme	19
Figure 11: Durée du séjour de sorties guéris dans le programme	20
Figure 12: Durée du séjour des malnutris à l'UNTI	20
Figure 13: Evolution des abandons de juillet 2013 à décembre 2014	21
Figure 14: Répartition des abandons dans les UNTA	21
Figure 15: Causes des abandons	22
Figure 16: Séjour des abandons (Tous)	22
Figure 17: Séjour des abandons (PB<115 mm)	23
Figure 18: Médiane du PB à l'abandon (Tous)	23
Figure 19: Médiane du PB à l'abandon (PB<115 mm)	23
Figure 20: Provenance des abandons	24
Figure 21: Raisons de non couverture (n=9)	26
Figure 22: Représentation de la probabilité à priori	28

1.INTRODUCTION

La ZS de Mosango est située dans le territoire de Masimanimba, DS de Kwilu, dans la Province du Bandundu, en RDC et elle est limitée par différentes ZS :

- Au Nord par la ZS de Yasa Bonga ;
- Au Nord-Est par la ZS de Vanga ;
- A l'Ouest par la ZS Masi Manimba ;
- Au Sud par la ZS de Pay Kongila et Moanza ;
- Au Sud-Est par la ZS de Lusanga.



Elle s'étend sur une superficie de 3.350 km² et comprend une population évaluée à 117.896 habitants, soit une densité moyenne de 35 habitants au km². Sa population est composée par plusieurs groupes ethniques dont les Mbala, Songo, Ngongo, Hungana et Suku. Elles parlent chacune un dialecte portant le même nom. Bien qu'il y ait une diversité linguistique observée, les langues parlées et entendues par tous sont le Kikongo et le Lingala (qui font partie de 4 langues nationales de la RDC).

L'agriculture est l'activité principale de la population de cette ZS et leur principale source de revenu. Les cultures les plus répandues sont le manioc, le maïs, l'arachide, les courges et le niébé. Elle est soutenue par la pêche, la chasse, le petit commerce, l'élevage du petit bétail et de la volaille, ainsi que quelques activités saisonnières telles que l'extraction du miel, le ramassage des chenilles, des termites mais aussi des champignons. La période de soudure va de mi-mai à mi-septembre, coïncidant avec celle de l'intensification de la chasse et de la saison sèche. Une grande partie de la production de ces activités sont destinées à la vente dans les grandes villes (Kikwit à 117 km et Kinshasa à 423 km).

La zone compte seulement 41 sources d'eau aménagées. Les données de la zone de santé révèlent que seulement 33% de la population accèdent à l'eau potable. Le niveau d'hygiène et assainissement est très bas;

⁴ OCHA : Bureau de la Coordination des affaires Humanitaires – Nations Unies

les latrines existent mais, ne répondent pas aux normes sanitaires. Les villages sont envahis par les herbes par manque de stratégie d'assainissement.

Sur le plan nutritionnel, une enquête nutritionnelle réalisée par le PROgramme NAtional de NUTrition (PRONANUT) en juin 2011 dans le territoire de Masi-Manimba avait révélé un taux de MAG de 13,2% (10,1-17,2 IC) et de MAS de 2,7 (1,7-4,4 IC)⁵. Un total de 2739 cas de malnutrition ont été enregistrés respectivement au premier et deuxième trimestre 2012 dans l'ensemble de la zone de santé de Mosango (source : rapports BCZ). Partant de toutes ces informations et considérant l'alerte lancée par les autorités sanitaires de la zone, un screening nutritionnel rapide a été réalisé par ACF en décembre 2012 pour estimer l'évolution de la situation nutritionnelle dans la zone afin d'envisager une réponse appropriée. Il a donné une MAG de 16,9% et MAS 7,9% selon les références OMS⁶. Une réponse a été diligentée par une équipe de PUNC/ACF pendant une période de trois mois (du 06 février au 06 mai 2013).

Depuis juillet 2013, un projet intégré nutrition et SAME est exécuté dans la zone par ACF. L'appui nutritionnel, au niveau de la zone de santé Mosango, consiste en une intégration de la PCIMA dans les 16 aires de santé avec les structures sanitaires fonctionnelles suivantes :

- 1 Hôpital Général de Référence (HGR) avec UNTI;
- 1 Hôpital Secondaire (HS) avec UNTI;
- 1 Centre de Sante de Référence (CSR) avec UNTA;
- 14 Centres de Santé (CS) avec UNTA et
- 14 Postes de Santé (PS) dont 3 avec UNTA.

Cet appui a consisté aussi à une formation des acteurs communautaires sur les activités de dépistage, l'EPSN et de VAD ainsi que la formation des prestataires des soins dans les UNTA et l'UNTI sur la PEC et sur l'ANJE. Le programme appuie également l'approvisionnement et le transport des intrants nutritionnels et médicaux. Un appui financier sous la forme d'enveloppe de soutien donné à la ZS est enfin apporté pour assurer un bon fonctionnement des activités du BCZ, et l'intégration de la PCIMA au niveau de l'HGR et des CS.

Dans le cadre de ce projet, deux enquêtes nutritionnelles anthropométriques ont aussi été réalisées respectivement en octobre 2013 et décembre 2014 par ACF. Leurs résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Résultats des enquêtes menés sur la Zone de santé de Mosango par ACF durant ce projet

Prévalences	oct-13	déc-14
Taux de Malnutrition Aiguë Globale	5,20% (4,1% - 6,6%)	8,30% (5,9 % - 11,7 %)
Taux de Malnutrition Aiguë Sévère	0,30% (0,1% - 1,1%)	0,90% (0,4 % - 2,1 %)

⁵ Selon les lignes directrices du cluster nutrition, les seuils d'intervention sont les suivants: MAG $\geq$ à 11% et MAS $\geq$ à 2%

⁶ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

2. OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Faire le suivi des facteurs influençant positivement et négativement la couverture du programme PCIMA de la zone de santé de Mosango.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Apprécier la qualité de la mise en œuvre de la PCIMA dans la ZS de Mosango;
- Assurer une analyse approfondie des données et des indicateurs de la PCIMA
- Identifier les forces du programme de PCIMA ;
- Suivre les différentes barrières à la couverture de la PCIMA ;
- Proposer des recommandations pour surmonter les barrières
- Créer un cadre de plaidoyer auprès des partenaires de PCIMA.

3. METHODOLOGIE

3.1 APPROCHE GENERALE

L'outil ***d'Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture*** (SQUEAC) a été développé par Valid International, Food And Nutrition Technical Assistance (FANTA), Brixton Health, Concern Worldwide, ACF et World Vision pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services de prise en charge de la malnutrition aiguë et estimer la couverture de ces programmes.

Il s'agit d'une méthodologie rapide, au coût abordable, accumulant une grande quantité d'information sur la promotion, utilisation, collection et analyse de données, tout en apportant des informations des activités du programme et de possibilités de réformes.

La SQUEAC est une investigation intelligente, itérative et informelle, collectant une grande variété de données de différentes origines (données routinières, données d'enquêtes, etc.) au travers de diverses méthodes. La SQUEAC est une évaluation semi-quantitative, combinant données quantitatives et qualitatives:

1. Données quantitatives: données de routine du programme et données collectées au cours d'enquêtes sur de petites et grandes zones.
2. Données qualitatives: informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté ou des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service à travers d'entretiens individuelles et discussions en groupe.

L'analyse de ces données est gouvernée par les deux principes fondamentaux d'exhaustivité (collecte d'informations jusqu'à saturation) et de triangulation: les informations étant collectées auprès de différentes sources au moyen de différentes méthodes et croisées jusqu'à redondance avant d'être validées. En mettant l'accent sur la collecte et l'analyse intelligente des données en amont de la phase de terrain, l'investigation apporte ainsi un éclairage sur le fonctionnement du service et permet de limiter la collecte des données quantitatives, facilitant ainsi l'interprétation des résultats.

L'outil SQUEAC demande des ressources humaines, financières et logistiques relativement limitées, il est facilement reproductible et permet d'assurer un monitoring des programmes à coût bas. Il permet d'assurer un monitoring régulier des programmes et d'identifier les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les raisons expliquant ces situations. L'ensemble de ces informations permet de planifier des actions spécifiques et concrètes dans le but d'améliorer la couverture des programmes concernés.

3.2 ETAPES

ETAPE 1: Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité

Cette étape s'appuie sur l'analyse des données de routine et les informations qualitatives collectées au cours d'entretiens individuels semi structurés ou de groupes de discussion auprès des personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans le programme:

- Résultats des enquêtes précédentes.
- Analyse des données de routine (admissions, abandons, complications, relais communautaires...), permettant d'évaluer la qualité générale du service, d'en dégager les tendances en termes d'admissions tout comme de performance, et de déterminer s'il répond correctement aux besoins.
- Collecte et analyse des données qualitatives (par des entretiens et discussions en groupe avec les chefs de villages et conseillers, personnel des centres, animateurs, relais communautaires, mamans, leaders religieux, guérisseurs traditionnels...), servant à mieux informer et expliquer les résultats de l'analyse des données de routine. Cet exercice permet aussi de comprendre les connaissances, opinions et expériences de toutes les personnes/structures concernées et d'identifier les potentielles barrières à l'accessibilité.
- En fonction de **l'analyse de la distribution spatiale** (et de la distribution de la population), les hypothèses de couverture 'élevée' ou 'faible' sont développées: des hypothèses d'hétérogénéité de la couverture de la prise en charge ont été formulées à savoir l'identification des zones de bonne couverture et des zones de moins bonne couverture. Les enquêtes sur des petites zones sont ensuite menées pour confirmer ou infirmer ces hypothèses.
- Formulation d'une hypothèse sur la couverture en fonction de l'évaluation et évolution des facteurs ayant un effet positifs et négatifs sur celle-ci.

L'approche SQUEAC sert à faire ressortir et comprendre les facteurs pertinents et leurs effets, permettant de développer une tendance sur le taux de couverture avant de mener une enquête sur le terrain dans des zones bien définies (grande échelle).

ETAPE 2: Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones

L'objectif de la seconde étape est de confirmer au moyen d'enquêtes sur petites zones les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'étape précédente d'analyse.

L'échantillon de ces enquêtes sur des petites zones n'est pas calculé d'avance, mais s'appuie le nombre de cas MAS trouvés et leur éventuelle inclusion dans le programme. L'analyse des résultats est réalisée au moyen de la méthode Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) :

- Si le nombre de cas couverts est supérieur à la valeur de seuil (d), alors la couverture est classé comme satisfaisante (la couverture atteint ou excède le standard).
- Si le nombre de cas couverts n'est pas supérieur à la valeur de seuil (d), alors la couverture est classé comme insatisfaisante (la couverture n'atteint ou n'excède pas le standard).

NB : (d) dans notre cas est le 50%⁷ de nombre des cas (couverts et non couverts).

Les petites enquêtes géographiques permettent aussi de confirmer l'hypothèse d'homogénéité/hétérogénéité et d'approfondir la connaissance sur les facteurs positifs et négatifs qui influencent la couverture. La méthodologie à choisir dépend du but de la recherche: des petites études sont utilisées pour confirmer une

⁷ Norme sphère de la couverture d'un programme PCA en milieu rural

hypothèse et/ou approfondir certaines informations; par contre, des petites enquêtes les sont pour réaliser une comparaison entre 2 groupes.

La théorie Bayésienne des probabilités nous permet enfin de traduire numériquement toutes les connaissances et informations sur la couverture apprises pendant ces premières étapes d'investigation.

ETAPE 3: Estimation de la probabilité a priori

La *Probabilité a Priori* est la formulation d'une appréciation de la couverture. Cette appréciation se construit à partir de l'évaluation des facteurs ayant un impact positif ou négatif sur la couverture, dégagés à partir de l'analyse des données quantitatives et qualitatives recueillies au cours des étapes 1 et 2.

Elle est traduite numériquement à l'aide de la théorie Bayésienne des probabilités et exprimée sous forme de pourcentage. La *Probabilité a Priori* ainsi produite est ensuite traduite sous forme de courbe à l'aide de la Calculatrice de Bayes.

Quatre méthodes ont été utilisées pour estimer la probabilité à priori et seront détaillées dans la partie résultats:

- (1) un Histogramme des probabilités basées sur la distribution des croyances,
- (2) un BBQ⁸ simple (avec poids égal)
- (3) un BBQ pondéré (avec poids)
- (4) un schéma conceptuel (concept map)

Au final, la couverture à priori est le résultat de la moyenne des modes finaux obtenus par les 4 méthodes.

Cette investigation s'est limitée pour cette 3^{ème} étape au développement de la probabilité à priori (première partie). Les 2 dernières parties de l'étape 3 n'ont pas été développées, car elles ne sont en effet pas indispensables pour un suivi des barrières.

3.3 ORGANISATION DE L'INVESTIGATION

Cette enquête a eu lieu dans la zone de santé de Mosango du 27 janvier au 09 février 2015, soit 14 jours.

Un total de huit équipes de deux personnes chacune ont été constituées et impliquées dans la recherche des cas sur terrain. Ces 16 personnes (2 femmes pour 14 hommes) ont été recrutés parmi les agents ACF et BCZ. L'encadrement a été assuré par l'adjoint de la responsable du département Nutrition-Santé ACF.

L'investigation a concerné l'ensemble des 16 Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA), ainsi que les deux Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Intensives (UNTI) de l'hôpital général de référence de Mosango et celle de l'hôpital secondaire de Kinzamba II.

⁸ BBQ : Barrières, Boosters et Questions

4. RESULTATS

4.1 ETAPE 1: IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE ET DES BARRIERES A L'ACCESSIBILITE

4.1.1 ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES

La période de février à décembre 2014 est celle qui a été prise en compte pour cette analyse des tendances ainsi que des autres données recueillies sur les fiches UNTA. Ces données sont comparées avec celles de la première période d'investigation de juillet 2013 à janvier 2014.

4.1.1.1 Indicateurs de performance

Bien que le projet ait démarré au mois de juillet 2013, les ouvertures des UNT se sont étalées de juillet à octobre 2013. De ce fait, aucune ouverture n'a eu lieu sur Mosango durant cette période d'investigation.

La figure ci-dessous résume la progression des indicateurs de performance du programme PCIMA du projet de février à décembre 2014.

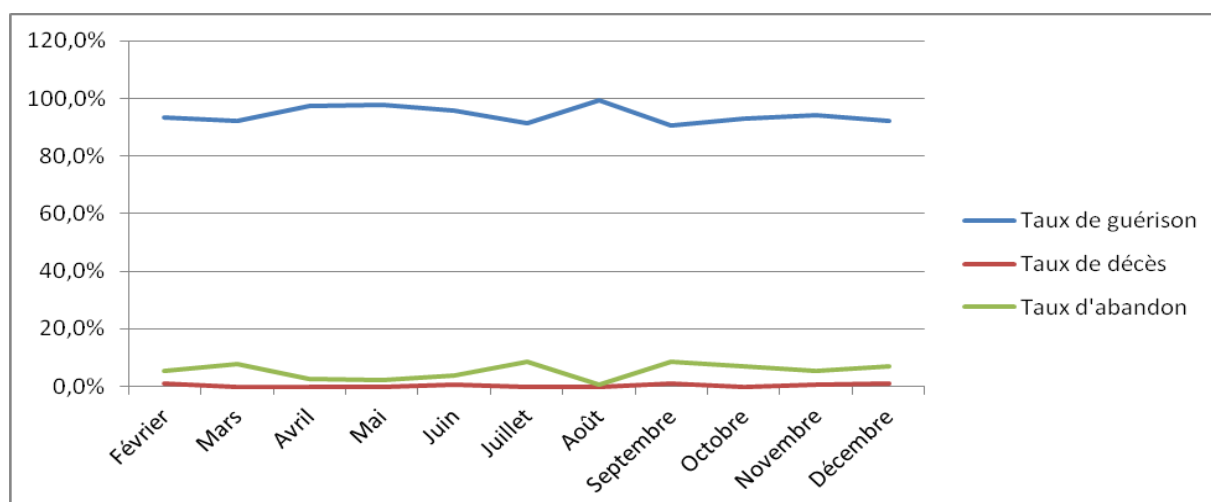


Figure 2 : Indicateurs de performance, par mois, février à décembre 2014

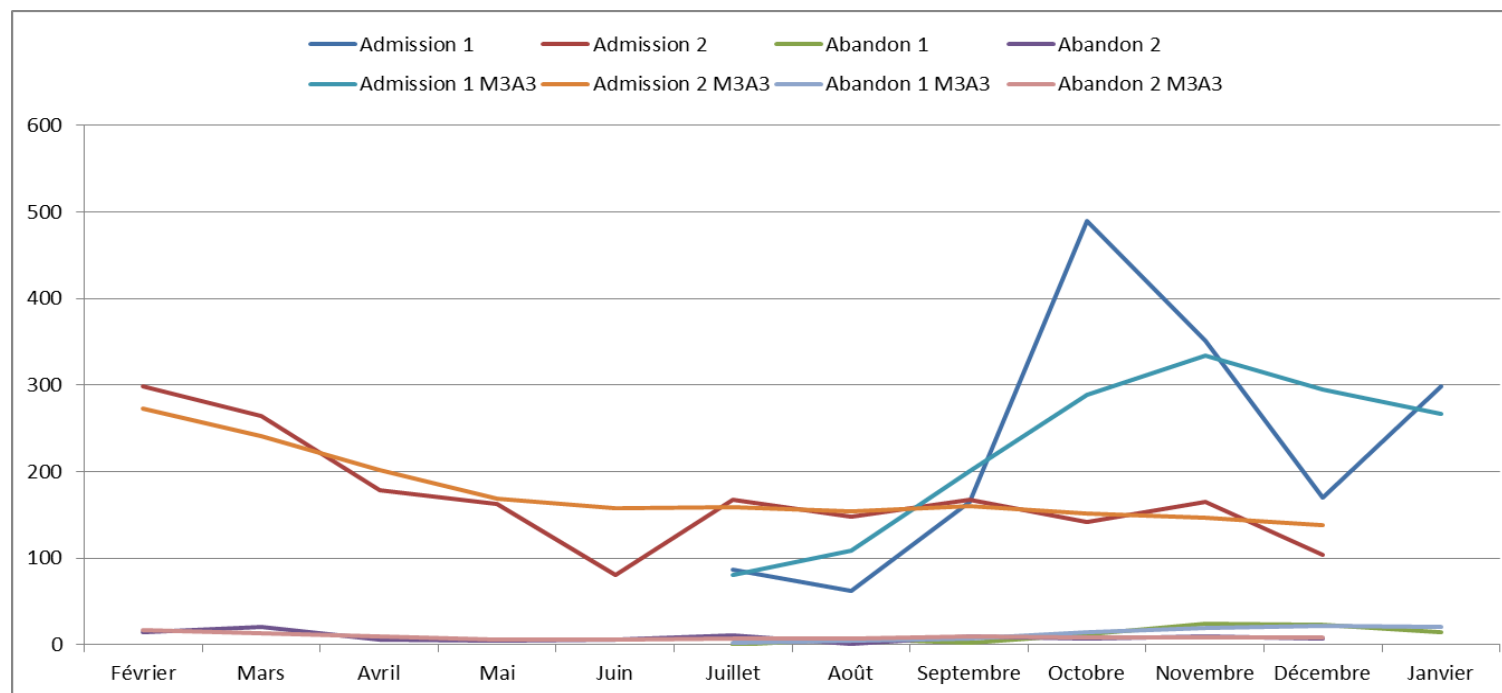
Durant cette période, le taux de guérison varie de 90,6 à 99,4% avec une moyenne à 94,7% ; la proportion d'abandon varie de 0,6 à 8,5% avec une moyenne à 5,0% ; le taux de décès va de 0,0 à 1,1% avec une moyenne à 0,3% et un taux de non répondant égal à 0,0%.

Depuis le début du programme, les indicateurs de performance sont toujours restés dans les normes nationales⁹.

4.1.1.2 Données d'admission

Les figures 3 et 4 ci-dessous présentent l'évolution des admissions et abandon sur 12 mois. La courbe d'admissions affiche une tendance décroissante de janvier à juin 2014 laissant penser qu'il y a maîtrise de la PEC après un peu plus de 6 mois de projet. Une légère augmentation avec un maintien en plateau est ensuite observée de juillet à novembre 2014 correspondant à la période de soudure.

⁹ Taux de guérison $\geq 75\%$, Taux d'abandon $\leq 15\%$ et Taux de décès $\leq 5\%$



Légende :

Admission 1 : les nouvelles admissions de juillet 2013 à janvier 2014

Admission 2 : les nouvelles admissions de février à décembre 2014

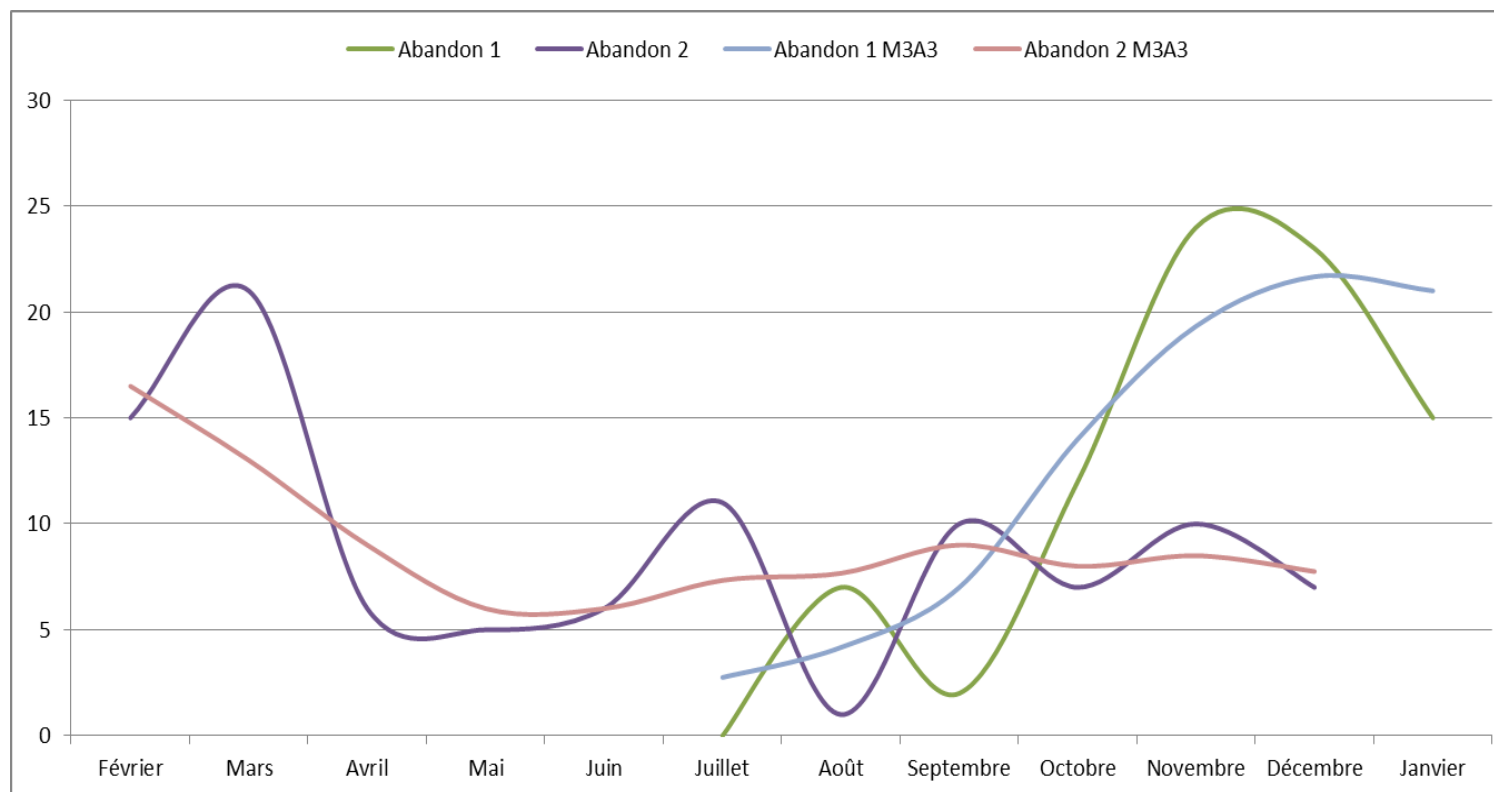
Abandon 1 : les abandons confirmés ou non de juillet 2013 à janvier 2014

Abandon 2 : les abandons confirmés ou non de février à décembre 2014

M3A3 : données lissées à partir des moyennes mobile à 3 mois.

Mois	fevrier	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier
Calendrier agricole	Cueillette safou et avocat			Préparation champ et débroussaillage			Ramassage termite		Cueillette safou et avocat		Cueillette safou et avocat	
	Sarclage champ manioc						Ramassage chenille					
							Ramassage champignon					
							Cueillette mangue					Recolte mais, arachide et manioc
Saisons	Pluies			seche				Pluies				
Période de soudure				Soudure								
Période de chasse	Moins			Intense				Moins				
Rupture PPN	Pas de rupture											
Vacances scolaires						Vacances						
Morbidité infantile	Infections respiratoires						Rougeole	Infections respiratoires			Infections respiratoires	
	Parasitose		Diarrhée		Parasitose	Diarrhée	Diarrhée		Parasitose			
	Diarrhée		Paludisme									

Figure 3: Evolution des admissions/abandons confrontés aux calendriers saisonniers et événements clés



Légende :

Abandon 1 : les abandons confirmés ou non de juillet 2013 à janvier 2014

Abandon 2 : les abandons confirmés ou non de février à décembre 2014

Abandon 1 M3A3 : abandons confirmés ou non de juillet 2013 à janvier 2014 moyennes mobile à 3 mois.

Abandon 2 M3A3 : abandons confirmés ou non de février à décembre 2014, moyennes mobile à 3 mois

Mois	fevrier	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier
Calendrier agricole	Cueillette safou et avocat	Sarclage champ manioc		Préparation champ et débroussaillage			Ramassage termite	Ramassage chenille			Cueillette safou et avocat	
								Ramassage champignon				
								Cueillette mangue			Recolte maïs, arachide et manioc	
							Semi maïs, arachide et manioc					
Saisons	Pluies			seche				Pluies				
Période de soudure				Soudure								
Période de chasse	Moins			Intense				Moins				
Rupture PPN	Pas de rupture											
Vacances scolaires						Vacances						
Morbidité infantile	Infections respiratoires											
	Parasitose		Diarrhée		Parasitose		Diarrhée		Infections respiratoires		Infections respiratoires	
	Diarrhée		Paludisme									

Figure 4: Evolution des abandons confrontés aux calendriers saisonniers et événements clés

Admissions par structure de santé

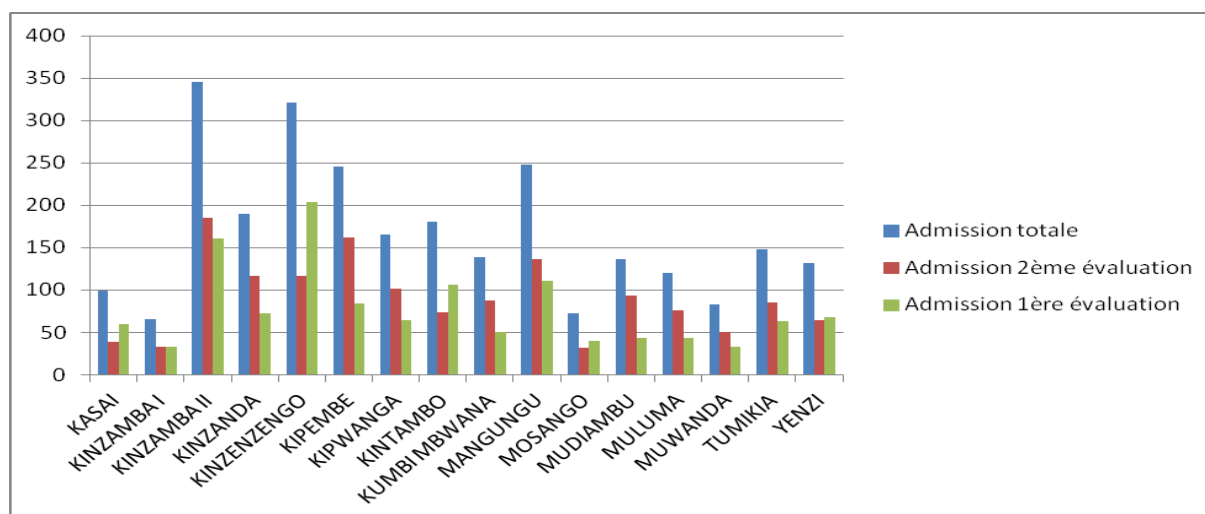


Figure 5: Répartition des admissions MAS ambulatoires par UNTA

Un nombre plus important d'admissions (Plus de 120) a été enregistré dans les aires de santé Kinzamba II, Mangungu et Kipembe durant cette période. Il est à noter que ces 3 structures se retrouvent dans la partie Ouest de la zone qui se retrouve entre les rivières Kafi et Lukula, plus difficile d'accès surtout pendant la saison de pluie.

De juillet 2013 à janvier 2014, les aires de santé Kinzenzengo, Kinzamba II, Mangungu et Kintambo avaient enregistré les plus d'admission. Pour les admissions totales de juillet 2013 à décembre 2014, plus d'admissions (Plus de 200) ont été enregistrées dans les aires de santé Kinzamba II, Kinzenzengo, Mangungu et Kipembe. Il est à noter que ces 4 structures se retrouvent toujours dans la partie Ouest de la zone.

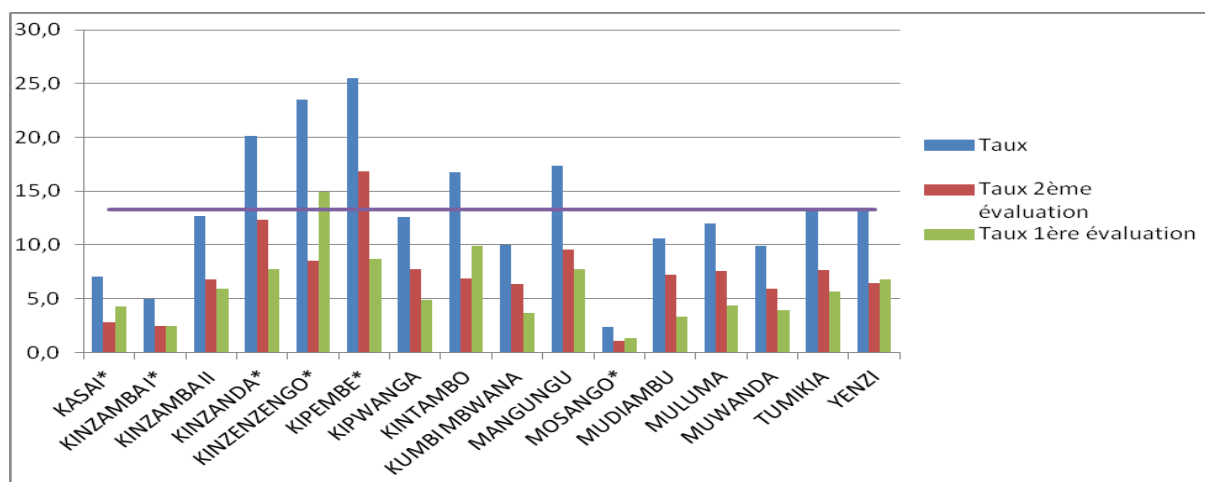


Figure 6: Répartition des admissions MAS ambulatoires par AS (En fonction de la population de 6-59 mois)

Pour cette deuxième évaluation, un taux plus important d'admissions (Plus de 10%) a été enregistré dans les aires de santé Kinzanda, et Kipembe. De juillet 2013 à janvier 2014, les aires de santé Kinzenzengo et Kintambo avaient enregistré les plus grand taux. Pour les admissions totales de juillet 2013 à décembre 2014, un grand taux (Plus de 20%) a été enregistré dans les aires de santé Kinzanda, Kinzenzengo et Kipembe tandis que Mosango, Kinzamba I et Kasai ont les taux les plus faible. Ces 3 dernières structures se retrouvent autour de la route principale reliant Kikwit à Kinshasa

avec beaucoup d'échanges commerciaux et probablement des taux bas de malnutrition et une grande population.

Médiane PB à l'admission

La limite inférieure de la catégorie "Recours précoce aux soins" est de 110 mm. La médiane du PB à l'admission (sans les enfants avec œdèmes) pour ce programme est de 120 mm sur cette période contre 119 mm pour la période passée. Il semble donc que les enfants MAS soient admis plus précocement dans les structures de prise en charge, par rapport à la première période. Ne considérant que les admissions sur PB, la médiane reste à 111 mm comme pour la première évaluation.

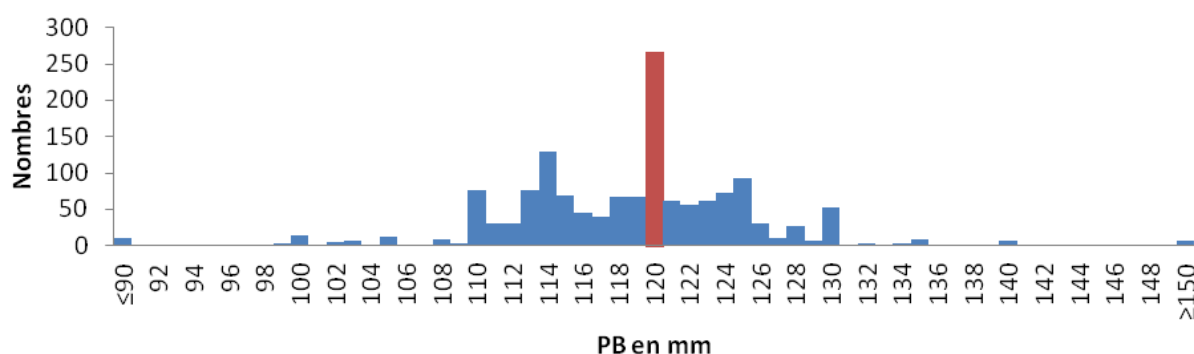


Figure 7: PB des enfants malnutris à l'admission (Sans œdèmes) du programme

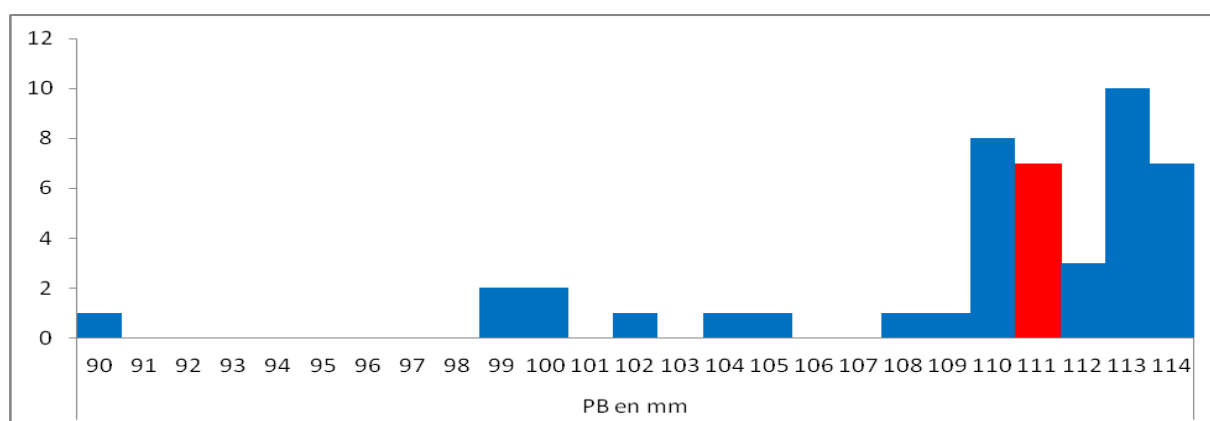


Figure 8: PB des enfants malnutris à l'admission (Avec PB seul) du programme

Provenance des admissions

La répartition des admissions par rapport à la distance, mises en corrélation avec la distribution de l'ensemble des villages par rapport à la distance du Centre de Santé, nous ont permis de dégager l'influence de la distance sur le nombre d'admissions dans la zone d'intervention.

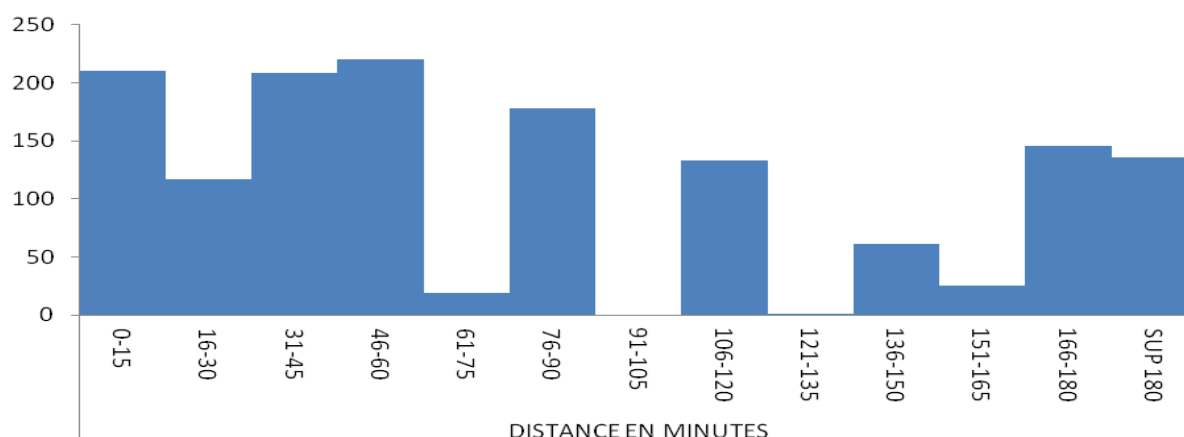


Figure 9: Admissions par rapport à la distance

La distribution des admissions selon le temps de trajet révèle qu’une grande partie des cas proviennent des villages qui sont à 60 minutes maximum de marche (soit 5 km) de l’UNTA. Toutefois, bien que le nombre d’admissions diminue quand le temps de trajet augmente, ces résultats montrent aussi qu’un nombre important d’admissions vient d’une distance de plus d’1 heure. La distance ne semble donc pas toujours être une barrière, et près de la moitié (48%) des admissions proviennent de distances supérieures à 5 km (699/1454 admissions).

Sur les 2 périodes, il y a une augmentation des cas entre 31 – 45 min et au delà de 180 min de marche avec 48% d’admissions à une distance supérieure à 1 heure contre 46% pour la première évaluation.

Admissions par catégorie

Le protocole national PCIMA en RDC recommande comme priorité dans les critères d’admission les œdèmes suivi par le rapport Poids pour Taille (P/T) pour terminer avec le PB. 34 cas sur 1454 soit 2% sont admis par œdèmes, 95% par P/T (1375 cas) et 3% par PB (45 cas). Certains patients admis remplissent aussi plus d’un critère mais seul le critère principal est comptabilisé ici. .

Les résultats montrent une diminution des cas d’œdèmes (4 à 2%) et de PB (9 à 3%), probablement dû à la détection précoce qui fait que les bénéficiaires sont dépistés avant ces états.

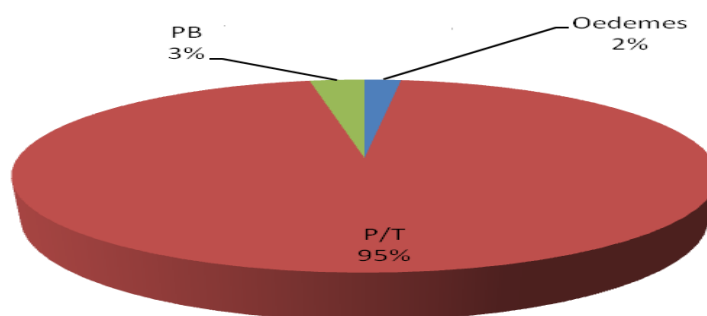


Figure 10: Admission par catégorie dans le programme

Durée du séjour pour les guéris

Dans cette analyse, nous avons noté 6 cas (0,4%) d'enfants malnutris déchargés à la deuxième semaine et qui sont des erreurs d'admissions dans le programme, contre 52 (4,6%) durant la première évaluation de couverture, montrant donc une amélioration dans la maîtrise des critères d'admission. Sur les 6 cas, 1 seul est admis pour œdèmes et 5 sur P/T dont 3 avec $PB \geq 115$ mm tandis pour les 52 de l'évaluation précédente, 3 sont admis sur œdèmes, 11 sur PB et 38 sur P/T dont 36 avec $PB \geq 115$ mm. En se basant sur la lecture de la table P/T, posant toujours certains problèmes selon les rapports de supervision, nous passons donc de 95% à 60% de risque d'erreur d'admission.

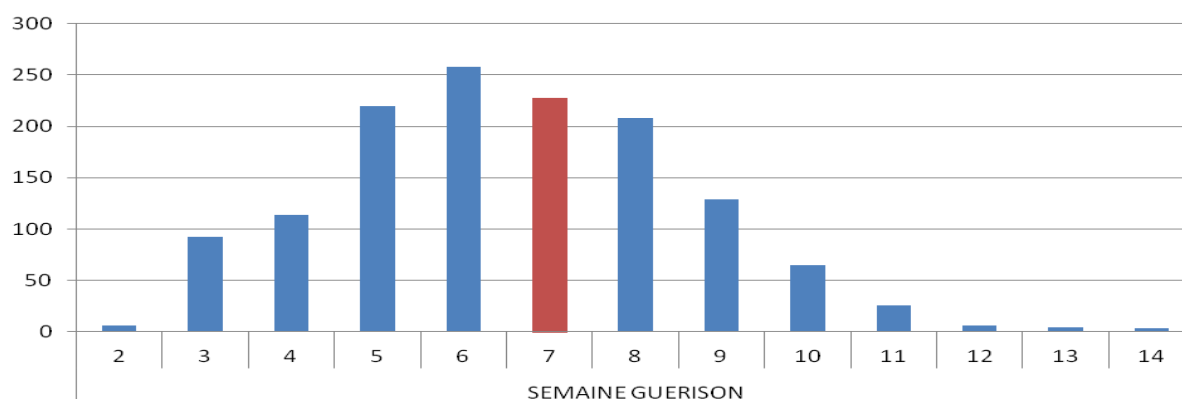


Figure 11: Durée du séjour de sorties guéris dans le programme

La durée de séjour médiane des malnutris sortis guéris est de 7 semaines. Ce qui est relativement bon si on considère le protocole national PCIMA.

La médiane du nombre de semaine avant guérison à l'UNTA passe toutefois de 5 à 7, indiquant une probable baisse dans la qualité du suivi ou des soins. Le non ajustement des quantités de Plumpy Nut donné aux bénéficiaires en fonction de l'évolution du poids, remarqué pendant la supervision, semble être une des raisons de ce résultat.

Durée du séjour à l'UNTI

La médiane du nombre de jour avant rétablissement à l'UNTI passe de 10 à 7, indiquant une plus grande maîtrise des complications associées à une détection précoce ainsi qu'à un système de référence et de contre référence fonctionnant mieux, bien que cet aspect soit encore à renforcer, particulièrement sur les UNTA éloignés de l'UNTI.

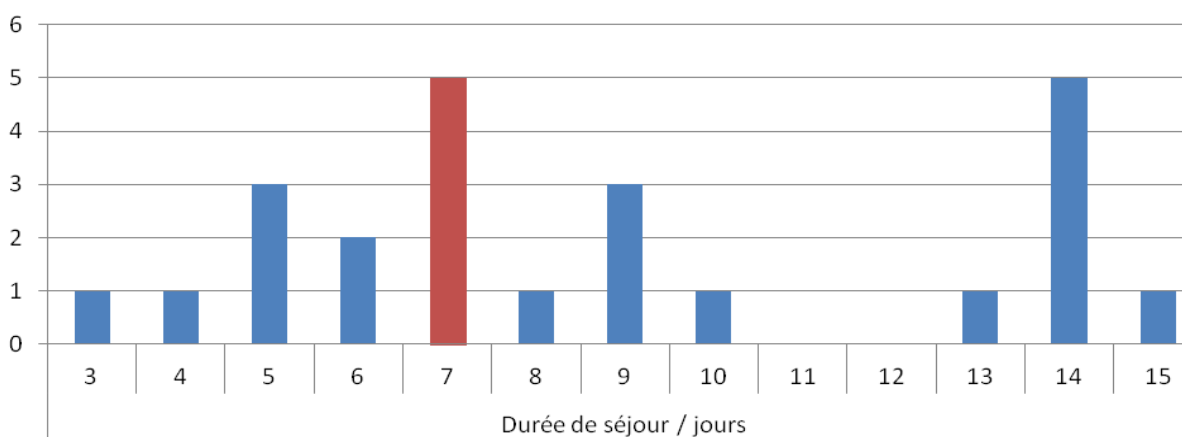


Figure 12: Durée du séjour des malnutris à l'UNTI

4.1.1.3 Données d'abandons

Concernant les abandons, un pic en plateau de la courbe d'abandon est observé de novembre 2013 à mars 2014, coïncidant avec la période de ramassage des chenilles et des champignons ; de la récolte de maïs, arachide et manioc et de la cueillette de mangue, safou et avocat. Les travaux champêtres ont donc encore un impact non-négligeable dans la continuité du traitement. La figure 13 représente les abandons par mois et la courbe rouge les données des abandons lissées sur 3 mois (M3A3).

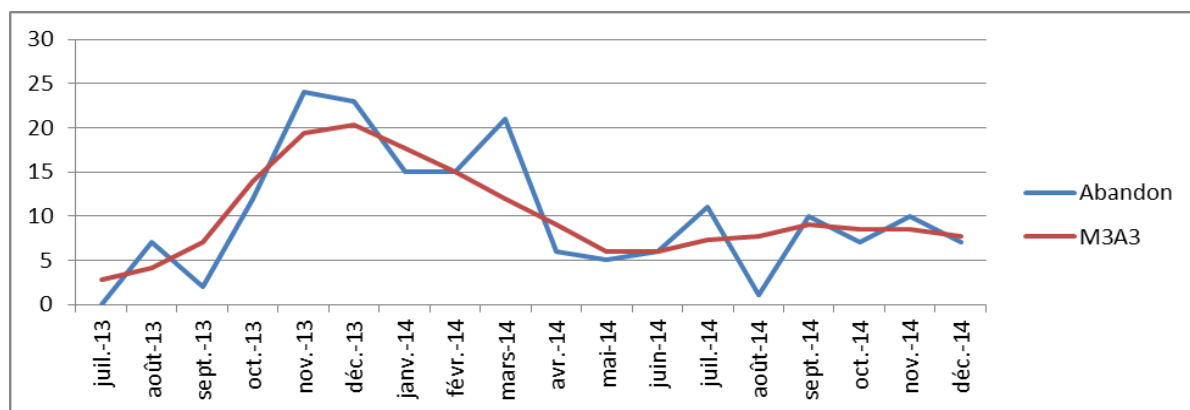


Figure 13: Evolution des abandons de juillet 2013 à décembre 2014

Abandons par structure

Lors de la précédente évaluation, couvrant juillet 2013 à janvier 2014 (7 mois), 100 cas d'abandon avaient été enregistrés dans 11 CS sur 16 appuyés par ACF, avec 2 centres (Kinzamba II et Kipembe) ayant commencé la prise en charge 3 mois après les autres soit en octobre 2013 et montrant beaucoup de cas d'abandons (Plus de 10). Les abandons semblaient alors être plus en lien avec la distance à parcourir surtout pendant le premier trimestre du projet.

Pour cette seconde revue, le nombre total enregistré de février à décembre 2014 (11 mois) est de 99 dans 12 CS sur 16 appuyés par ACF. 4 centres (Kinzamba II, Mosango, Muluma et Kipembe) montrent beaucoup des cas d'abandons (Plus de 10). Kinzamba II, Kipembe et Mosango améliorent malgré tout leurs moyennes mensuelles. Seule Muluma a une plus grande moyenne mensuelle d'abandon suite aux travaux champêtres qui influent sur la disponibilité des accompagnants. Au total, nous avons constaté une amélioration en passant d'une moyenne de 14 à 9 abandons/mois.

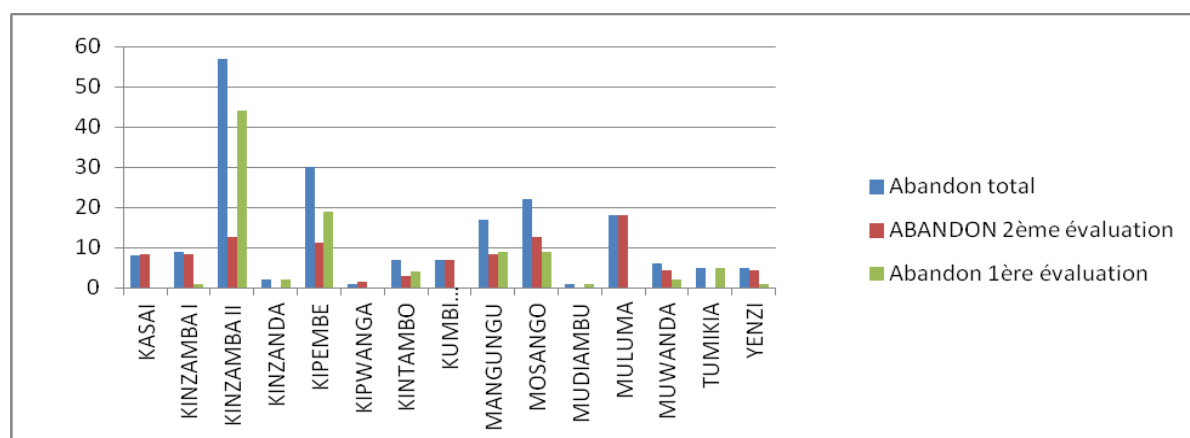


Figure 14: Répartition des abandons dans les UNTA

Sur l'ensemble du projet, 199 cas d'abandon ont été enregistrés dans 15 CS sur 16 appuyés par ACF et 3 centres (Kinzamba II, Mosango et Kipembe) ont montré beaucoup des cas d'abandons (Plus de 20).

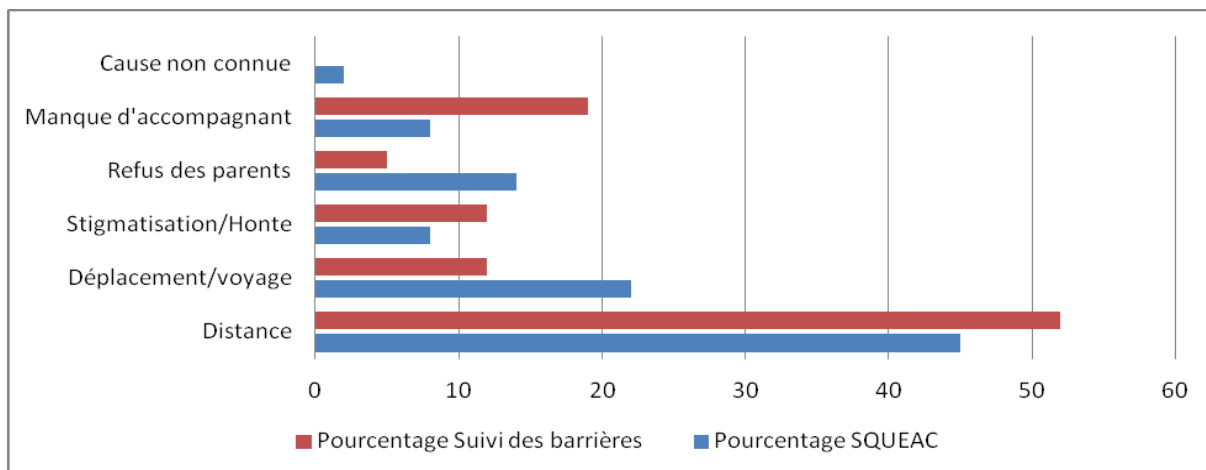


Figure 15: Causes des abandons

La figure 15 résume les principales raisons d'abandon pour la première et seconde période d'évaluation. La distance et le manque d'accompagnant sont devenus les causes majeures des abandons à la PCIMA dans la zone de santé sur cette seconde période. Le déplacement, la stigmatisation et le refus des parents ont une moindre importance parmi les causes des abandons. **Il semble donc que la sensibilisation ait eu un impact sur les déplacements et le refus des parents ont perdu leur importance dans les causes d'abandon pour la ZS de Mosango.**

Cependant, au regard du nombre d'enfants ayant quitté le programme avant d'être guéris (99 abandons) et son importance dans la couverture du programme; il convient d'examiner plus en détails les données dans les sections suivantes afin d'obtenir plus d'informations sur cette problématique.

MAS à l'abandon

Le résultat pour les abandons nous amène à un total de 99 abandons dont 63% ne présentaient plus des signes de malnutrition sévère, contre 37 % encore dans les critères de MAS parmi lesquels, 6% qui courent un grand risque de mortalité avec un $PB \leq 110$ mm contre 14% pour la précédente évaluation. Cette situation ainsi que certains témoignages d'accompagnant, nous laisse supposer qu'au moins une partie de ces enfants encore malades ont recours aux traitements traditionnels ou aux Tradi-Praticiens Sanitaires (TPS).

Durée du séjour pour les abandons

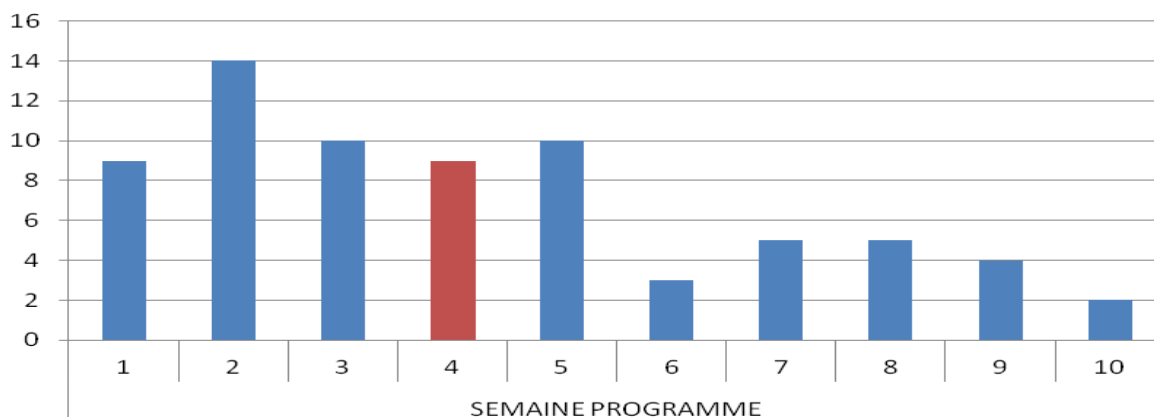


Figure 16: Séjour des abandons (Tous)

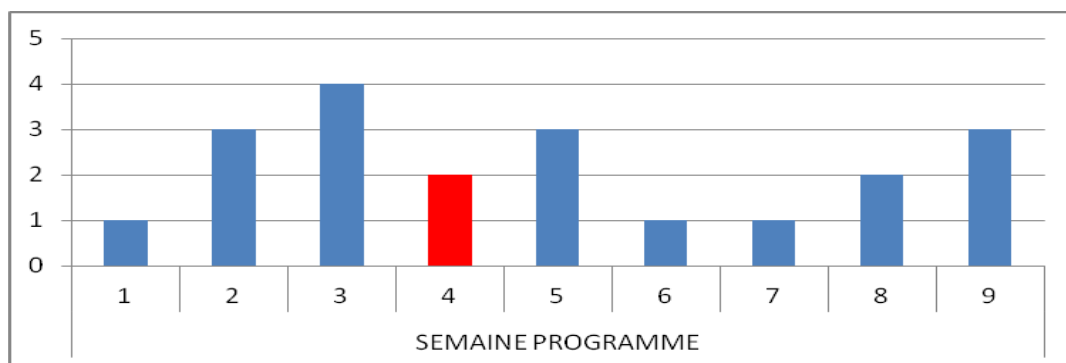


Figure 17: Séjour des abandons (PB<115 mm)

PB à l'abandon

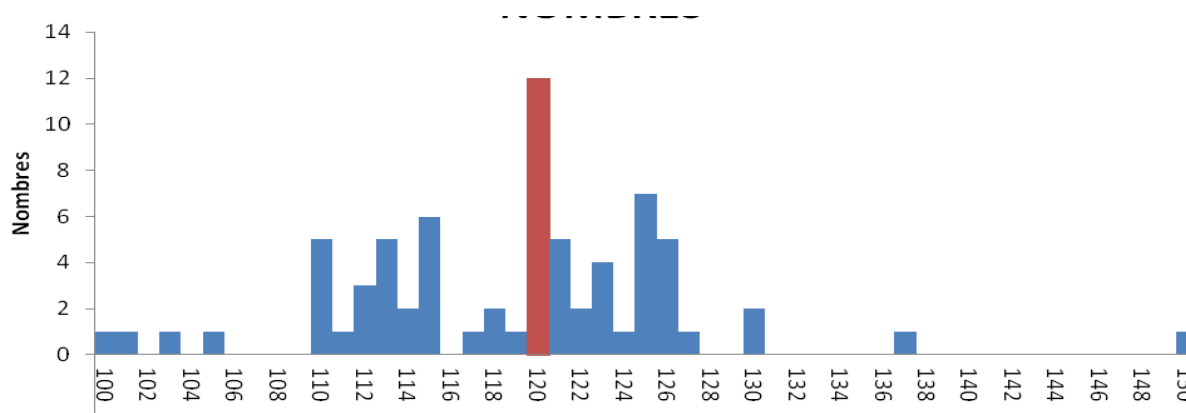


Figure 18: Médiane du PB à l'abandon (Tous)

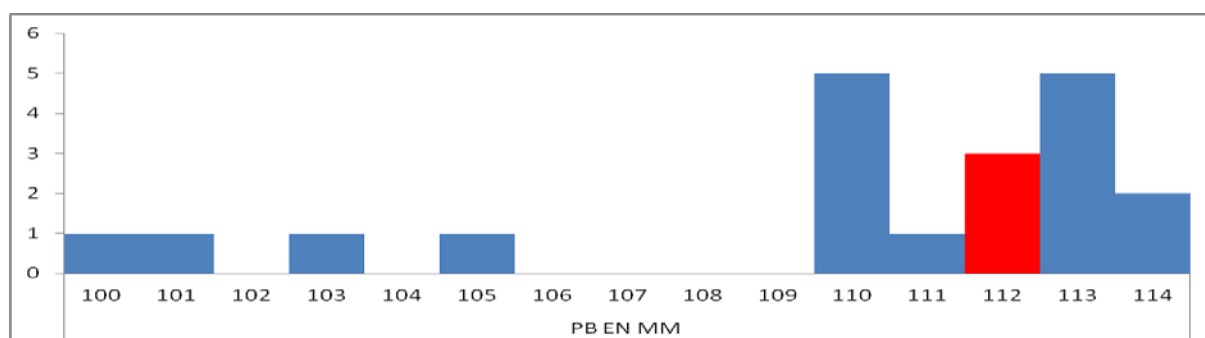


Figure 19: Médiane du PB à l'abandon (PB<115 mm)

La médiane du PB à l'abandon passe à 120 mm contre 115 mm et pour les abandons encore MAS (PB<115mm), la médiane est resté à 112 mm comme pour la première évaluation. Le nombre de semaines passées dans le programme avant abandon passe quant à lui de 3 à 4, même pour le cas encore MAS. Cette augmentation dans l'adhésion au traitement, améliorant ainsi leurs conditions avant abandon. Le changement positif constaté, souvent confondu avec un rétablissement complet, fait que les accompagnants ne trouvent plus parfois les raisons de venir avec leurs enfants.

Provenance des abandons

Cette analyse nous a permis de déterminer s'il y a une influence de la distance sur les abandons au programme dans cette zone de santé de Mosango.

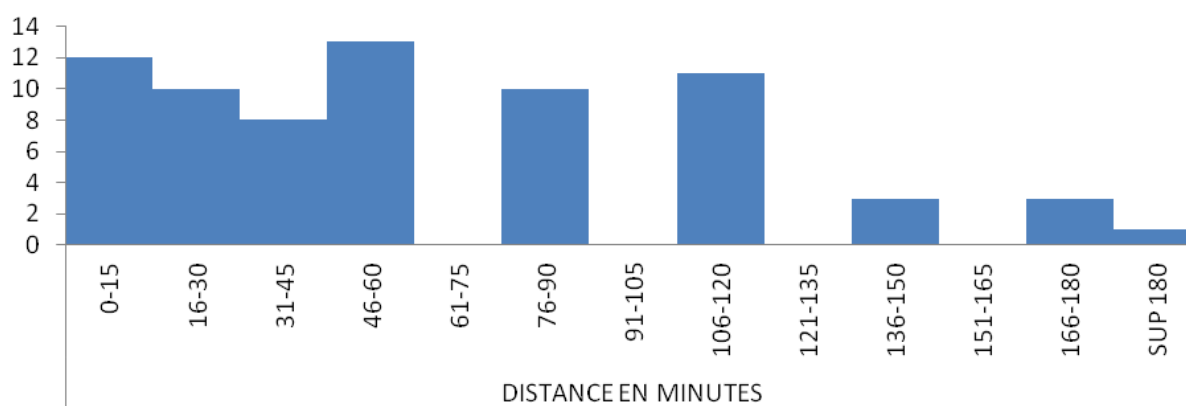


Figure 20: Provenance des abandons

La distance ne semble pas avoir une grande influence dans le nombre d'abandons: la plus grande proportion des abandons concerne des cas dont les villages d'origine se trouvent à moins de 60 minutes de route à pied. Elle est restée proportionnelle aux admissions comme pour la première évaluation.

4.1.1.4 Données des activités communautaires

Répartition des RECO par village

Aucune nouvelle formation de ReCos n'a eu lieu, ces derniers étant donc restés au nombre de 364 RECO formés pour les 184 villages de 16 AS cibles de notre évaluation. Avec une moyenne de 2 ReCos par village et par rapport à la norme de 5 ReCos par village en moyenne pour Mosango (fonction du nombre des ménages par village), la couverture est restée basse.

Néanmoins, **la mise en place dans la stratégie de communication des CCBN et des groupes de soutien ANJE, ayant aussi un rôle de sensibilisation et de dépistage, a permis d'améliorer certains indicateurs des activités communautaires.**

VAD et référencement

Comme dans l'évaluation précédente, la mauvaise tenue des fiches et à l'absence des rapports des VAD rend l'obtention de ces informations difficile. Les données collectées n'indiquent pas en effet le degré de participation des ReCos dans les VAD ni référencements, bien que les données qualitatives montrent que certains bénéficiaires sont référés. L'absence d'un planning des activités communautaires et suivi régulier de ces activités semblent être les principales difficultés.

4.1.1.5 Calendrier des ruptures

Durant cette période, le projet n'a connu aucune rupture en ATPE et en laits thérapeutiques.

4.1.2 ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES

L'outil BBQ a permis à chaque entretien, de manière itérative, de collecter les facteurs qui influencent négativement la PCIMA ou **Barrières** à la couverture, les éléments favorables à une meilleure couverture ou **Boosters** ainsi que des questions soulevées pendant l'investigation. Un total de **109 entretiens** a été réalisé (42 entretiens semi directs, 42 focus group, 16 études des cas et 9 observations) couvrant **280 personnes** dont 110 femmes (39%) et 170 hommes (61%).

Voici quelques facteurs qui influencent la couverture dans la ZS de Mosango:

- ✓ **Appui institutionnel** : Les institutions sont appuyées sur le plan technique, logistique et financier. Le manque de motivation surtout financière pour les Recos est resté un frein pour la couverture dans la zone en ralentissant de beaucoup les activités communautaires. En plus, il faut ajouter la non-réalisation en ce temps des promesses faites aux CCBN.
- ✓ **Qualité de la prise en charge** : Celle-ci est bonne avec moins de 15% (5%) d'abandon et moins de 5% (0,3%) de décès et plus de 75% de guérison (94,8%). Pour les 4 décès, 3 au moins sont dus à l'arrivée tardive du patient à l'UNTI, la famille préférant souvent d'aller d'abord chez le TPS se rendant seulement plus tard lorsque l'état se détériore à l'UNTI. Elle reste altérée surtout par l'absence de formation pour les nouveaux prestataires et ReCos.
- ✓ **Attitude communautaire** : la stigmatisation de la malnutrition associée dans la communauté à la sorcellerie, génère un sentiment de honte chez les mères des enfants malnutris, qui hésite de ce fait à se présenter avec leurs enfants au centre de santé.
- ✓ **Activité communautaire** : Celle-ci a connue une amélioration avec les activités des CCBN et des groupes de soutien ANJE impliqués dans la sensibilisation et le dépistage, améliorant la connaissance du programme et de la malnutrition. Les activités de VAD, fortement liées au dynamisme des ReCos, restent cependant à développer.
- ✓ **Distance / inaccessibilité géographique** : La distance est clairement apparue comme une barrière à la couverture. Plus les enfants étaient éloignés du centre de santé, plus ses familles avaient des difficultés pour recourir aux soins, en raison du manque de moyen de transport, de financement pour ce transport, ou de l'accessibilité géographique difficile.
- ✓ **Difficultés sur le plan eau, hygiène et assainissement** : Avec des bâtiments non réhabilités et non assainis associés à l'absence des sources aménagées, le risque des maladies hydriques et autres pathologies est très présent.
- ✓ **Volet sécurité alimentaire** : Autant son association à la nutrition était bien accueillie par la communauté durant la première évaluation, la détérioration des outils aratoires non renouvelés a constitué un frein à la couverture.

4.2 ETAPE 2: VERIFICATION DES HYPOTHESES SUR LES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ELEVEE - ENQUETES SUR PETITES ZONES

4.2.1. Détermination de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité de la couverture dans la zone :

Huit villages ont donc été sélectionnés pour tester les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée, sur la base des critères suivants :

- o 4 villages supposés à couverture plus basse ont été sélectionnés parmi les villages qui ont eu peu ou pas de cas d'admissions, mais un grand taux d'abandons.
- o 4 villages supposés à couverture plus élevée ont été sélectionnés parmi les villages qui ont eu beaucoup de cas d'admissions et peu ou pas de cas d'abandons.

L'analyse des résultats est réalisée au moyen de la méthode LQAS :

- Si le nombre de cas couverts est supérieur à la valeur de seuil (d), alors la couverture est classé comme satisfaisante (la couverture atteint ou excède le standard).
- Si le nombre de cas couverts n'est pas supérieur à la valeur de seuil (d), alors la couverture est classé comme insatisfaisante (la couverture n'atteint ou n'excède pas le standard).

NB : (d) dans notre cas est le 50%¹⁰ de nombre des cas (couverts et non couverts).

Les équipes d'investigation ont réalisé une recherche active et adaptative des cas dans les 8 villages et obtenu les résultats suivants :

Tableau 2: Résultats de la petite enquête géographique

Hypothèse de couverture faible			
CS	Village	Cas MAS trouvés	Cas MAS couvert
Mosango	Kumbi Makopa	3	2
	Secteur	5	0
Muluma	Village	2	1
	Bibuluku	1	0
TOTAL		11	3

LQS $d = n*(P/100)$ $d = 11*(50/100)$ $d=5,5$

Puisque $3 < 5,5$; l'hypothèse de faible couverture est confirmée.

Hypothèse de couverture élevée			
CS	Village	Cas MAS trouvés	Cas MAS couvert
Mudiambu	Village	1	0
	Kimbimbi	0	0
Muluma	Centre	2	2
Tumikia	Sakabanza	0	0
TOTAL		3	2

LQS $d = n*(P/100)$ $d = 3*(50/100)$ $d=1,5$

Puisque $2 > 1,5$, l'hypothèse de la couverture élevée est confirmée.

Pour cette petite enquête: Les 2 hypothèses ont été confirmées. De tout ce qui précède, nous pouvons déjà supposer que **la couverture dans cette zone de santé présente une allure d'une couverture hétérogène en fonction de la distance entre le village et l'UNTA (CS).**

Pour des cas couverts (7), 3 ont consulté pour perte de poids et 4 après des épisodes maladies (3 diarrhées et 1 fièvre). Parmi ces 7 patients, il y avait 2 jumeaux, 1 orphelin, 1 dont la mère a arrêté de l'allaiter pour une grossesse de 6 mois et 1 issu d'une famille polygame.

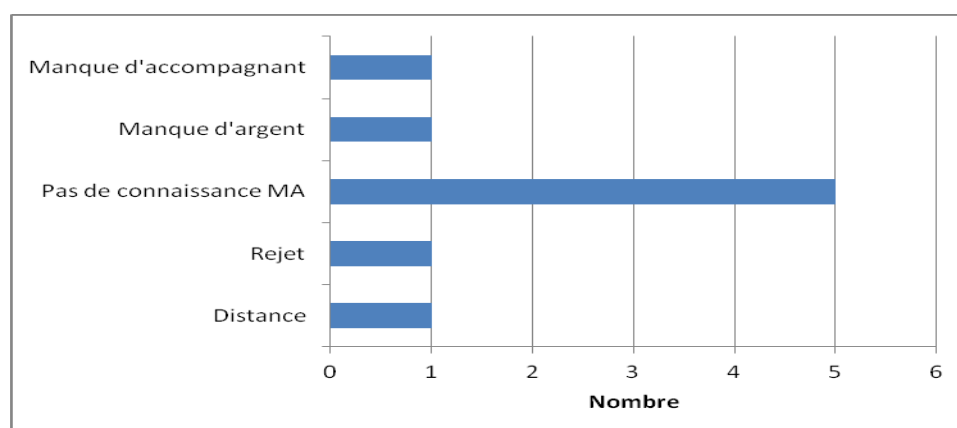


Figure 21: Raisons de non couverture (n=9)

¹⁰ Norme sphère de la couverture d'un programme PCA en milieu rural

Raisons de non couverture

Lors de *l'enquête sur la petite zone*, un questionnaire a été soumis aux mères des enfants non couverts (9) afin de connaître les raisons pour lesquelles l'enfant n'était pas pris en charge.

- Pour 5 enfants, il s'agirait d'un manque de connaissance de la malnutrition (55,6%),
- Pour 3 autres, cela concernerait le rejet (11,1%), le manque d'accompagnant (11,1%) ou le manque d'argent (11,1%) et
- Pour 1 cas, la distance (11,1%).

Un renforcement de la sensibilisation sur la PCIMA permettrait donc de combattre déjà 8/9 de ces raisons soit 88,9%. La distance restant toujours une barrière, une décentralisation du traitement au niveau des postes de santé serait une alternative pour la contourner. Néanmoins, une étude de faisabilité devait être réalisée au cas par cas (RH, pertinence, accord ZdS...).

4.3 ETAPE 3: ESTIMATION DE LA PROBABILITE A PRIORI

Les informations des deux premières étapes ont été organisées pour produire :

- (1) un Histogramme des probabilités basées sur la distribution des croyances,
- (2) un BBQ simple (avec poids égal)
- (3) un BBQ pondéré (avec poids)
- (4) un schéma conceptuel (concept map)

(1) L'Histogramme des probabilités est basé sur la distribution des croyances sur la probabilité à priori. Au vu des facteurs négatifs (Barrières) et des facteurs positifs (Boosters) relevés de l'analyse des données quantitatives et des données qualitatives, tous les participants ont estimé, de manière consensuelle que la couverture était élevée autour de **60%**.

(2) Boosters et Barrières simple (non pondéré) est le comptage numérique des barrières et des boosters à la couverture sur le BBQ, avant une mise en commun des barrières et boosters.

La somme des barrières mises en commun a été soustraite de la couverture maximale possible (100) ; et la somme des boosters mis en commun a été additionnée à la couverture minimale possible (0). La moyenne des deux valeurs a ensuite été calculée. Le mode final retenu est de **46.5%**.

(3) Boosters et Barrières pondérés : les boosters et les barrières mis en commun ont été regroupés et pondérés en fonction de leur poids présumé sur la couverture.

Des pondérations ont ainsi été attribuées à chaque barrière et à chaque booster. La somme des points correspondants aux boosters a été additionnée à la couverture minimale possible (0), et la somme des points correspondant aux barrières a été soustraite de la couverture maximale possible (100). La moyenne des deux valeurs a ensuite été calculée. Le mode final retenu est de **49%**.

(4) Les Schémas conceptuels (concept map) : correspondent au comptage numérique des liens entre les différents boosters et barrières. Il s'agit des interactions entre les boosters et barrières, les boosters entre eux, et les barrières entre elles. Les liens positifs sont comptés lorsqu'un booster renforce un autre, ou lorsqu'il améliore l'effet d'une barrière. Alors que les liens négatifs sont comptabilisés lorsqu'une barrière renforce l'effet d'une autre ou interfère avec l'effet d'un booster. Le mode final retenu est de **44%**.

Les valeurs obtenues par ces quatre méthodologies, (Histogramme à 60%, BBQ simple à 46.5%, BBQ pondéré à 49% et schémas conceptuels à 44%) ont permis de calculer une valeur moyenne qui est notre résultat de « **couverture à priori** », soit **49.875%** contre 49,625% pour l'évaluation précédente. **La couverture semble donc s'être améliorée depuis la dernière évaluation.**

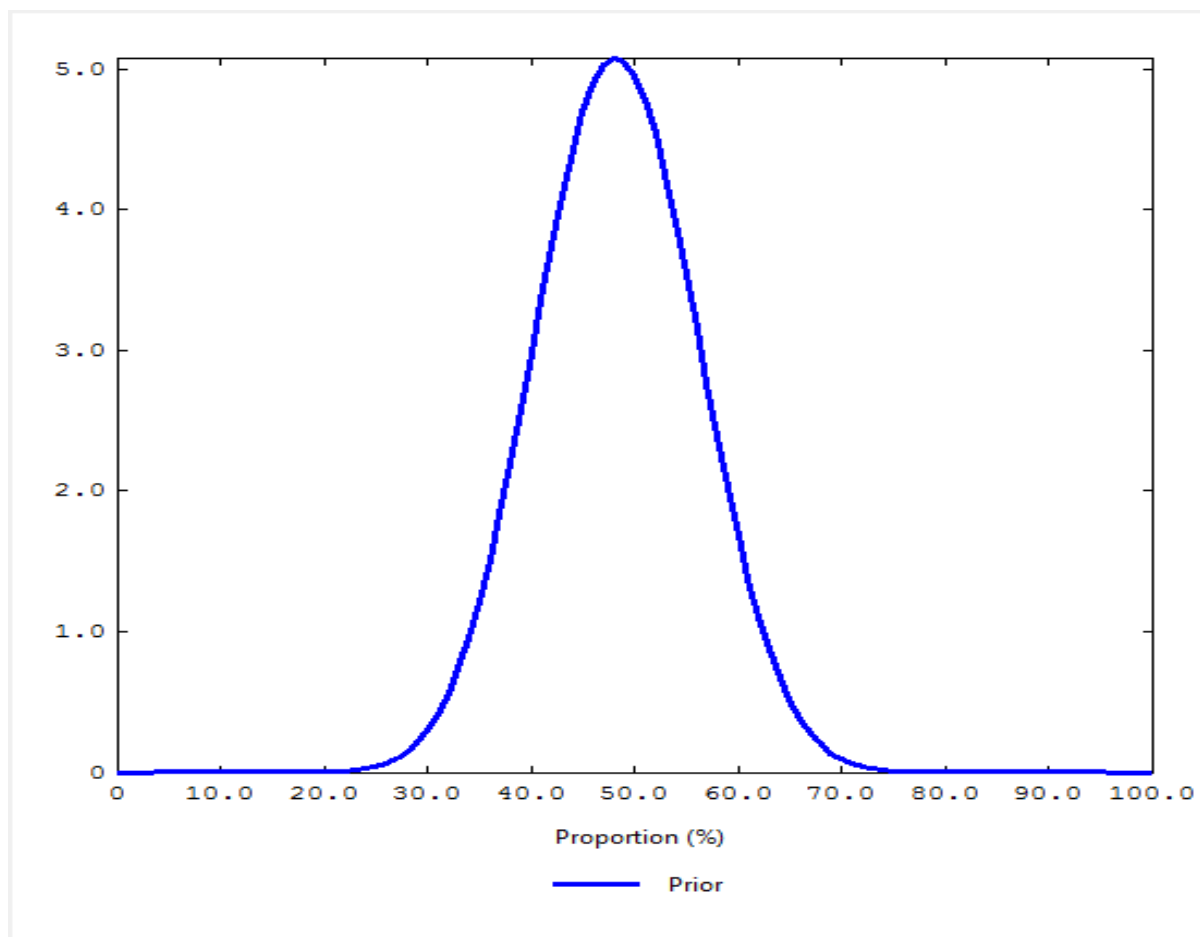


Figure 22: Représentation de la probabilité à priori

5. DISCUSSION

Un suivi des barrières a été organisé en février 2015 dans la ZS Mosango soit 11 mois après la première évaluation de couverture SQUEAC de mars 2014 qui a abouti à une **estimation de la couverture de 50.8% (IC 95% de 41.0% - 60.7%)**.

Les hypothèses de couverture faible et élevée ayant été confirmées, ceci nous pousse à croire que la couverture dans cette zone de santé présente toujours une allure d'une couverture hétérogène élevée où la distance/accessibilité reste la barrière principale. Elle apparaît comme première cause des abandons dans le programme (52%) et aussi dans une moindre mesure de la non couverture du programme (Echantillon petit : 9). Elle est aussi clairement apparue comme une barrière à la couverture pendant l'analyse des données qualitatives.

Pour cette deuxième évaluation qui analyse les données de février à décembre 2014 en les comparant aussi avec celles de juillet 2013 à janvier 2014 (première évaluation), les résultats indiquent une bonne évolution surtout pour les aspects quantitatifs avec une amélioration de la détection précoce, une diminution de la durée de séjour à l'UNTI, un meilleur PB à l'abandon, une longue durée dans le programme avant abandon et une diminution d'erreur d'admission. Toutefois, la durée de séjour à l'UNTI est prolongée, mais reste conforme au protocole PCIMA.

Bien que l'analyse des données qualitatives et quantitatives ait relevé plusieurs facteurs positifs en rapport avec l'organisation de la PCIMA dans cette ZS de Mosango (absence de rupture en ATPE, référence TPS vers UNTA, bonne PEC, connaissance PCA, gratuité des soins, bonne sensibilisation et dépistage actif...), des facteurs négatifs limitent encore considérablement la couverture et l'accessibilité à la PCIMA. Il s'agit du nombre réduit des Recos formés par village, leur manque de reconnaissance et de motivation financière, de la stigmatisation de la malnutrition aiguë affectant l'adhésion au programme, du phénomène de rejet, de la mauvaise utilisation d'ATPE et de la rupture des médicaments.

Il est fort probable que les améliorations observées soient dues au rapprochement des services avec l'ouverture des sites avancés, ainsi qu'à la mise en place d'une stratégie de communication au travers des CCBN et des groupes de soutien ANJE qui, malgré le nombre réduit et le manque de motivation financière des ReCos, ont pu faire des sensibilisations et des dépistages actifs. La réalisation tardive des promesses faites aux CCBN a ralenti pendant un moment les activités.

Actuellement, 48% des causes peuvent être réglées par la sensibilisation contre 55% pendant la première évaluation. Nous pensons que la mise en place d'un plan de communication (sensibilisation) notamment à travers les CCBN et les groupes de soutien ANJE commence à porter ses fruits malgré un temps d'action assez court. A tout ceci, nous devrions ajouter aussi une meilleure maîtrise des complications en particulier et du protocole PCIMA en général par les prestataires.

6. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1: Améliorer la qualité de la PCIMA					
Objectif	Barrières	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Former et/ou recycler les prestataires et Recos	Absence de formation des nouveaux prestataires et Recos	PRONANUT BCZS Mosango	Nombre de personnel formé et/ou recyclé.	100% personnel	04 – 05/2015 10 – 11/2015
Renforcer la supervision des Recos par les prestataires au moins une fois par mois	Absence de supervision des Recos	BCZS Mosango Prestataires CS	Nombre de supervisions par reco par trimestre.	4 fois/an	à partir de 04/2015
Redynamiser la relation entre Infirmier et les Recos en faisant des feed back sur le travail des Recos	Idem	BCZS Mosango Prestataires CS	Nombre de feed back sur le rapport des Recos	1fois/mois	à partir de 04/2015
Identifier les structures en rupture et les approvisionner en médicaments (en qualité et en quantité suffisante)	Rupture en médicament	BCZS Mosango Pronanut Unicef Partenaires	Nombre des structures approvisionnées en médicaments	100% des structures	à partir de 04/2015
Continuer à rapprocher les services des bénéficiaires, en intégrant la PCIMA dans les postes de santé	Distance, inaccessibilité géographique et manque de transport	BCZS Mosango Prestataires CS	Nombre des PS ayant intégrées la PCIMA	100% des PS	à partir de 05/2015
RECOMMANDATION 2: Améliorer les activités communautaires pour une meilleure attitude communautaire (Participation communautaire)					
Objectif	Barrières	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Impliquer les Reco dans les opportunités de gagner quelque chose (campagne de vaccination, formation etc...),	Manque de motivation financière de Recos	BCZS Mosango Prestataires CS	Nombres des Recos impliqués dans les activités financières (Campagne de vaccination, Formation)	100% des Recos actifs	à partir de 04/2015
Doter les Relais communautaires les signes distinctifs	Idem	BCZS Mosango Prestataires CS	Nombre des Recos avec signes distinctifs	100% des Recos actifs	à partir de 04/2015
Identifier les villages à problèmes et organiser les VAD	Manque des VAD	BCZS Mosango Prestataires CS Recos	Nombre des VAD réalisés	100% des VAD prévues	à partir de 05/2015
Organiser le monitoring de base où un planning d'activité communautaire (VAD en particulier) sera élaboré	Idem	BCZS Mosango Prestataires CS Recos	Nombre de planning réalisé	100% de planning réalisé et suivi	à partir de 05/2015
Continuer les travaux des CCBN et des groupes de soutien ANJE sur le dépistage, la démonstration et pratiques culinaires, la sensibilisation et l'éducation	Mauvaise attitude communautaire	Prestataires, ReCos, CCBN et Groupes de soutien ANJE	Nombre des membres CCBN et groupes de soutien ANJE dépistés et sensibilisés sur les différents thèmes	100% des membres CCBN et groupes de soutien ANJE dépistés et sensibilisés sur les différents thèmes	à partir de 03/2015
Sensibiliser la communauté par les ReCos et les leaders communautaires sur le phénomène de rejet, la stigmatisation/Honte, le refus de référence, l'utilisation des ATPE, le programme, la malnutrition, la gratuité des soins	Mauvaise attitude communautaire	Prestataires, ReCos et leaders communautaires	Nombre des personnes sensibilisées sur les différents thèmes	100% des membres de la communauté sensibilisés sur les différents thèmes	à partir de 05/2015

RECOMMANDATION 2: Améliorer les activités communautaires pour une meilleure attitude communautaire (Participation communautaire) - SUITE					
Sensibiliser les leaders communautaires (Chefs coutumiers, TPS, Sages-femmes, enseignants, accompagnants, organisations communautaires de base, autorités politiques et religieuses et autres intervenants influents) par les prestataires sur le phénomène de rejet, la stigmatisation/Honte, le refus de référence, l'utilisation des ATPE, le programme, la malnutrition, la gratuité des soins et les former sur le dépistage et référencement des cas MAS	Mauvaise attitude communautaire	Prestataires CS	Nombre des personnes sensibilisées sur les différents thèmes	100% des leaders sensibilisés sur les différents thèmes	à partir de 04/2015
		BCZS Mosango			
		Recos			
RECOMMANDATION 3: Plaidoyer					
Objectif	Barrières	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Plaidoyer pour la mise en œuvre d'un projet EHA et SAME intégré	Absence des sources aménagées	BCZS Mosango	Obtention d'un projet intégré EHA et SAME	ZS de Mosango	D'ici 07/2015
	Absence d'outils aratoires	Partenaires			
Plaidoyer sur la réhabilitation durable de certaines structures	Bâtiments non réhabilités	BCZS Mosango	Nombre des structures réhabilitées	Structures délabrées	D'ici 07/2015
		Partenaires			

ANNEXES

ANNEXE I : BBQ

Informateurs clés	Code	Méthode	Code
Autorités santé	1	Entretien semi - structuré	A
Personnel ACF	2	Focus group	B
Personnel CS	3	Étude de cas	C
ReCos	4	Observation	D
Autorités locales	5		
TPS/Eglise	6		
Mères PCA	7		
Communauté de femmes	8		
Communauté d'hommes	9		

BBQ SIMPLE

Barrières	Sources	Méthodes
Attitude communautaire		
Phénomène de rejet	3,4,5,6,8,9	A,B
Stigmatisation/Honte	3,5,7,8,9	A,B,C
Mauvaise utilisation d'ATPE	3	B
Refus de référence	4,8	A,B
Qualité de la prise en charge		
Abandons	3,5,8,9	A,B
Absence supervision des Recos	4	B
Absence de formation des nouveaux prestataires et Recos	4,5,8	A,B
Appui institutionnel		
Pas de PEC des accompagnants	3,7,8,9	A,B,C
Pas de motivation financière pour les Recos	3,4,5,7,9	A,B,C
Rupture médicaments systématiques	3,4,5,7,9	A,B,C
Non réalisation des promesses CCBN	4,8	A,B
Retard et modicité de la prime des infirmiers	3,9	A,B
Activité communautaire		
Manque VAD	8	A,B
Activité de sécurité alimentaire		
Absence outils des jardins	8	B
Volet eau, hygiène et assainissement		
Absence des sources aménagées	4,5,7,8	A,B,C
Bâtiments non réhabilités	4	A,B
Distance/Accessibilité		
Distance	3,4,7,8,9	A,B,C
Accessibilité géographique	6	A,B
Famille démunie/Manque des moyens de transport	3,8,9	A,B

Boosters	Sources	Méthodes
Attitude communautaire		
Référence TPS vers UNTA	5,6,9	A,B
Qualité de la prise en charge		
Bonne PEC	3,4,5,6,7,8	A,B,C
Indicateurs de performance	3,5,7,8	A,C
Respect RDV	4,7,9	A,B,C
Bon accueil	3,4,7,8,9	A,B,C
Appui institutionnel		
Bonne collaboration entre les acteurs impliqués dans la PEC (ACF, ECZ, CS, ReCos, communauté)	4,5	A,B
Pas de rupture ATPE	3,4,5,8,9	A,B,D
Gratuité des soins	4,5,6,7,8,9	A,B,C
Activité communautaire		
Connaissance PCA	4,6,7,8,9	A,B
Connaissance MA	4,5,6,7,8,9	A,B,C
Bonne sensibilisation	4,5,6,7,8,9	A,B,C
Réalisation du dépistage actif	3,4,5,7,8,9	A,B

BBQ PONDERE

Facteurs positifs	Valeurs		Facteurs négatifs
Attitude communautaire	1	4	
Référence TPS vers UNTA			Phénomène de rejet
			Stigmatisation/Honte
			Mauvaise utilisation d'ATPE
			Refus de référence
Qualité de la prise en charge	5	2	
Bonne PEC			Abandons
Indicateurs de performance			Absence supervision des Recos
Respect RDV			Absence de formation des nouveaux prestataires et Recos
Bon accueil			
Appui institutionnel	5	4	
Collaboration entre les acteurs impliqués dans la PEC (ACF, ECZ, CS, ReCos, communauté)			Pas de PEC des accompagnants
Pas de rupture ATPE			Pas de motivation financière pour les Recos
Gratuité des soins			Rupture médicaments
			Non réalisation des promesses CCBN
			Retard et modicité de la prime des infirmiers
Activité communautaire	4	1	
Connaissance PCA			Manque VAD
Connaissance MA			
Bonne sensibilisation			
Réalisation du dépistage actif			
Activité de sécurité alimentaire		1	
			Absence outils des jardins
Volet eau, hygiène et assainissement		2	
			Absence des sources aménagées
			Bâtiments non réhabilités
Distance/Accessibilité		3	
			Distance
			Accessibilité géographique
			Famille démunie

ANNEXE II: FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE

SQUEAC : Fiche de collecte des données

Zone sanitaire : _____ Aire sanitaire : _____

CS: _____

Village : _____

Équipe: _____ Date : _____

Nom et Prénom de l'enfant	Age (Mois)	PB (Mesure)	Œdème (+, ++, +++)	Cas MAS			Enfant en Voie de Guérison	Vérification ATPE / Carnet de santé
					Enfant MAS Couvert	Enfant MAS Non-couvert		
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
								☐ ATPE ☐ carnet de santé
TOTAL								

ANNEXE III: QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS NON COUVERTS

Zone Sanitaire: _____ Aire sanitaire: _____ CS: _____

Village : _____ Nom de l'enfant: _____

1A. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALADE?

☐ SI OUI, DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT? _____

☐ SI NON, ➡ **STOP!**

I. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNUTRI?

☐ OUI ☐ NON

2. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ OÙ ON PEUT SOIGNER/ QUI PEUT AIDER LES ENFANTS MALNUTRIS?

☐ SI OUI, QUEL EST LE NOM DU SERVICE? _____

☐ SI NON, ➡ **STOP!**

3. POURQUOI N'AVEZ VOUS PAS AMENÉ VOTRE ENFANT EN CONSULTATION POUR BÉNÉFICIER DE CE SERVICE?

- ☐ Trop loin ➡ Quelle distance à parcourir à pied? _____ Combien d'heures? _____
- ☐ Je n'ai pas de temps/trop occupé(e) ➡ spécifier l'activité qui occupe la gardienne/ le gardien dans cette période
- ☐ La mère est malade
- ☐ La mère ne peut pas voyager avec plus d'un enfant
- ☐ La mère a honte d'atteindre le programme
- ☐ Problèmes de sécurité
- ☐ Personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants
- ☐ La quantité de Plumpy Nut donnée est trop petite pour justifier le déplacement
- ☐ L'enfant a été rejeté auparavant. ➡ **Quand?** (période approximative) _____
- ☐ L'enfant d'autres personnes a été rejeté
- ☐ Mon mari a refusé
- ☐ Je croyais qu'il fallait être admis à l'hôpital en premier
- ☐ Le parent ne croit pas que le programme peut aider l'enfant (elle/il préfère la médecine traditionnelle...)
- ☐ Autres raisons: _____

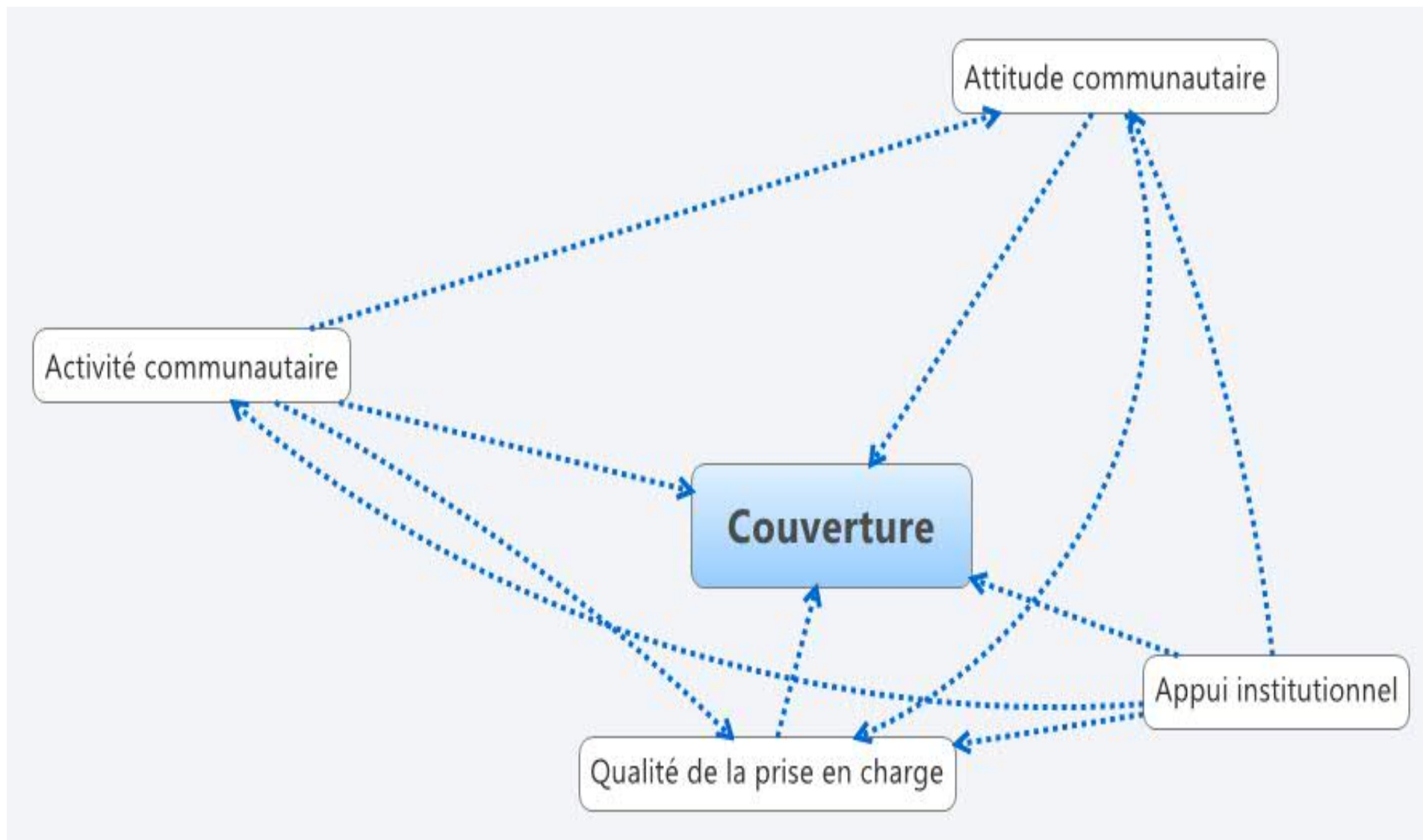
4. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE LA PCA AU CS?

☐ OUI ☐ NON (➡ **STOP!**)

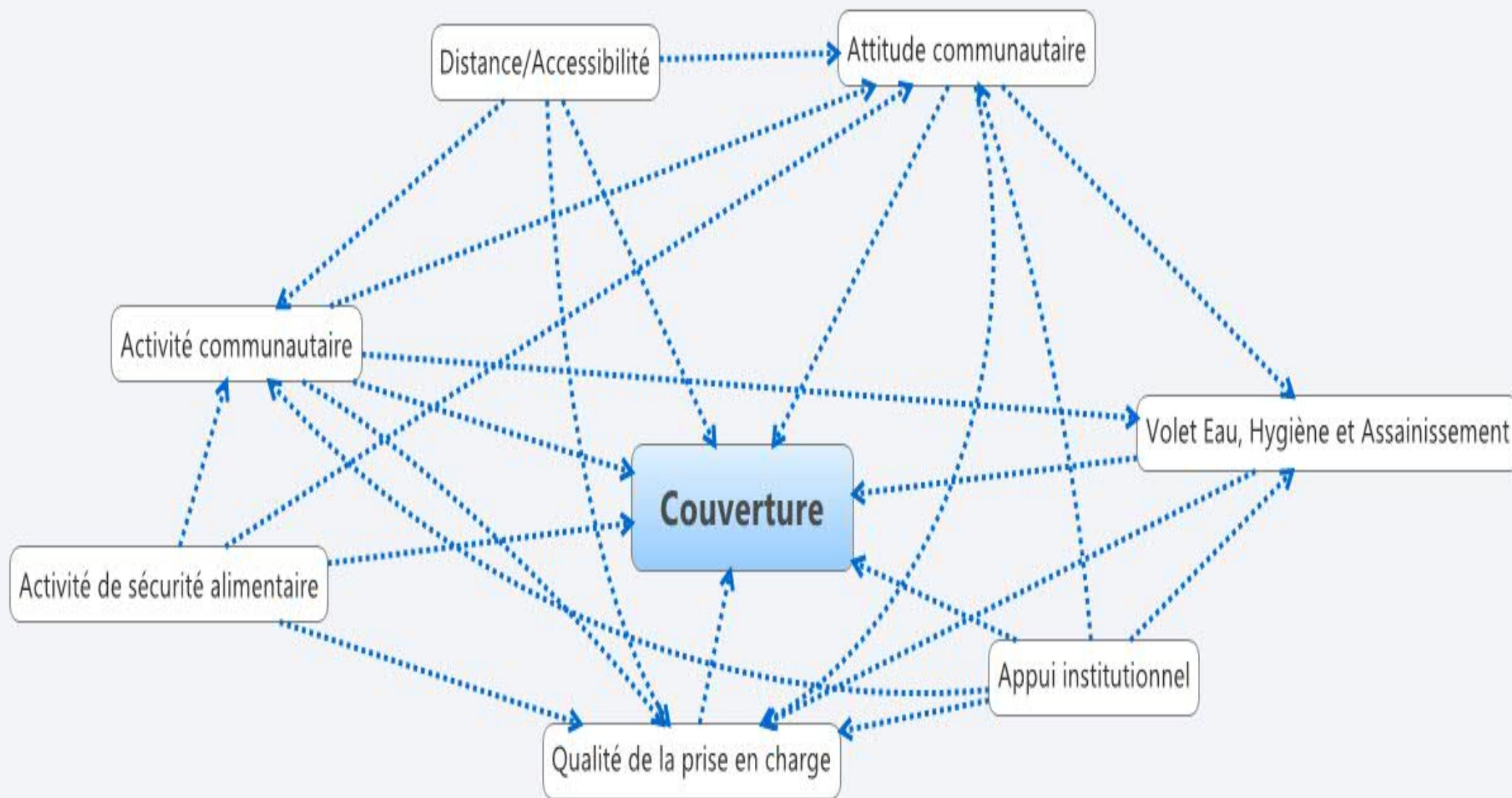
Si oui, pourquoi n'est-il plus inscrit présentement?

- ☐ Abandon, quand? _____ **Pourquoi?** _____
- ☐ Guéris et déchargé ➡ **Quand?** _____
- ☐ Déchargé car pas de guérison ➡ **Quand?** _____
- ☐ Autres: _____

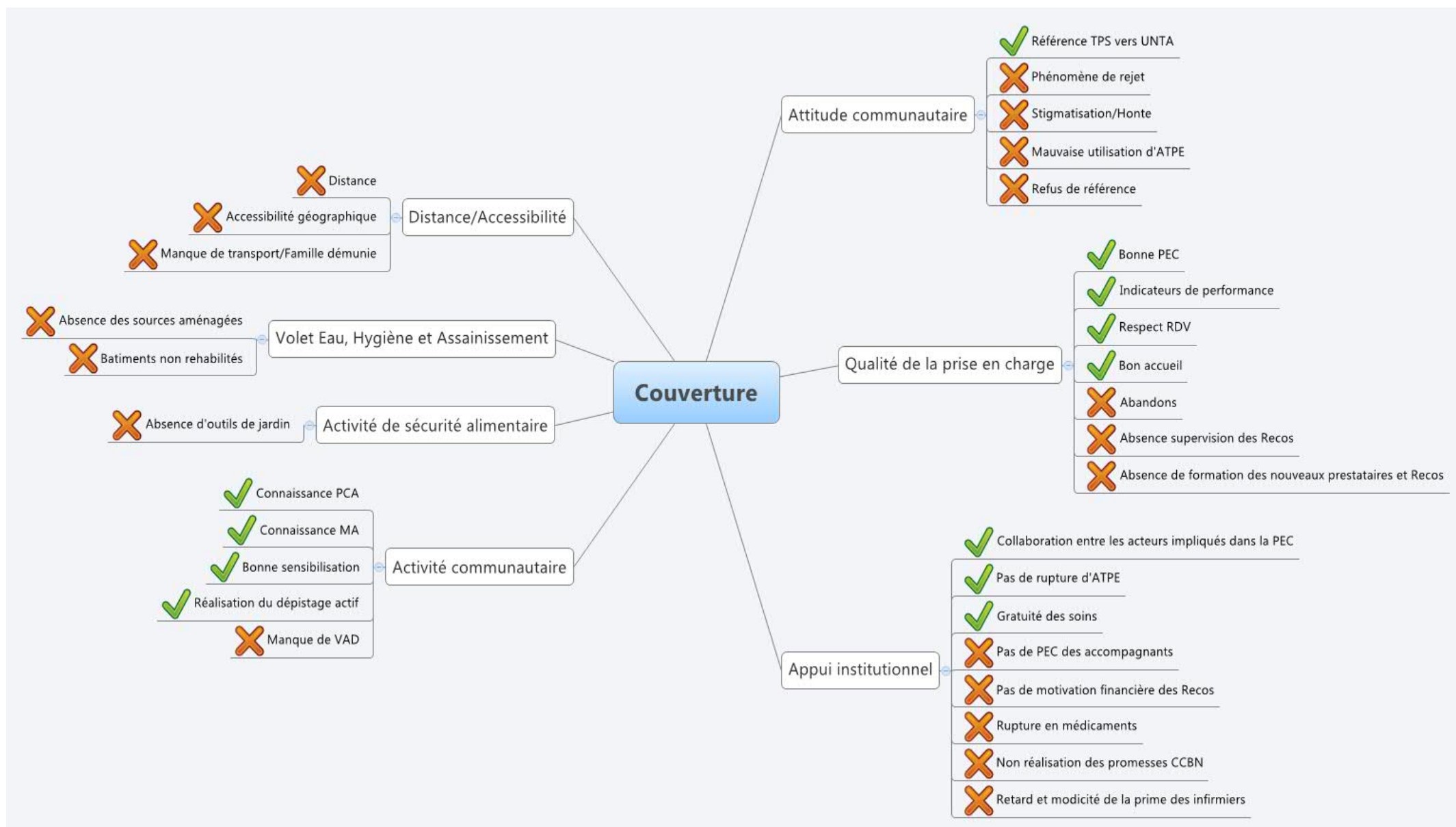
(Remercier le parent)



ANNEXE IV: Boosters Concept map



ANNEXE V : Barrières concept map



ANNEXE VI : MIND MAP COUVERTURE MOSANGO 2