



**TITRE DU PROGRAMME:** Améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de 5 ans ainsi que son appropriation par le MSP

**EMPLACEMENT:** District sanitaire de Tanout, Région de Zinder, Niger

**DATE DE L'ENQUÊTE:** Du 16 au 26 novembre 2015

**AUTEUR:** HASSANE TOUKOU Souleymane

**TYPE D'INVESTIGATION:** SQUEAC

**TYPE DE PROGRAMME:** OTP pour la MAS

**ORGANISATION DE MISE EN ŒUVRE:** CROIX-ROUGE Française



## TABLE DES MATIERES

---

### **REMERCIEMENTS**

### **ABRÉVIATIONS**

### **RÉSUMÉ**

### **OBJECTIFS**

### **INTRODUCTION**

### **CONTEXTE**

### **PROCESSUS D'ENQUÊTE / RESULTATS**

Étape 1

Étape 3

### **DISCUSSION et RECOMMANDATIONS**

### **ANNEXE 1 : L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION**

### **ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME**



## REMERCIEMENTS

---

La CRN/CRF adressent leurs sincères remerciements au CMN pour son appui technique tout au long de cette investigation.

Remerciement aussi à l'endroit des autorités administratives et sanitaires du district de Tanout qui ont facilité la conduite de ce processus.

En particuliers aux différentes formations sanitaires et aux populations des villages/quartiers visités pour leur collaboration.

Une mention particulière à toute l'équipe CRF/CRN de Zinder, tout particulièrement aux enquêteurs pour leur implication, leur objectivité et leur motivation dans l'accomplissement de ce travail.

En fin, nous adressons nos remerciements à la DG-ECHO qui soutient financièrement ce projet de prise en charge de la malnutrition aigue qui chaque année permet de sauver des vies des milliers d'enfants de moins de 5 ans.

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

---

ATPE : Aliment thérapeutique prêt à l'emploi

CSI : Centre de santé Intégré

CMN : Coverage Monitoring Network

COGES : Comite de Gestion de Sante

CRENAM : Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour modérés

CRENAS : Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour sévères

DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique

DS : District Sanitaire

ECHO : European Commission Humanitarian Office



MAS : Malnutri Aigu Sévère

SQUEAC : Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture

UNICEF: United NationsofInternational Children's Emergency Fund

VRCN : Volontaires de la Croix-Rouge nigérienne



## RESUME

La Croix-Rouge française a démarré les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë au DS de Tanout depuis 2005, en réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles répétitives qui affectent régulièrement le Niger.

Le programme de prise en charge de la malnutrition mis en œuvre par la CRf, couvre l'ensemble des 31 CSI que compte le district sanitaire de Tanout.

En **2014**, la Croix Rouge française a mené une enquête SQUEAC dans le district sanitaire de Tanout avec l'appui technique du CMN (Coverage Monitoring Network). Cette enquête a montré un taux de couverture actuelle de **47,6%(37%-58,1%)**. Ce qui est inférieur à la norme SPHERE d'au moins 50% de couverture en milieu rural.

Des recommandations ont alors été formulées à l'endroit de toutes les parties prenantes afin d'instaurer une véritable dynamique communautaire susceptible d'impacter positivement la couverture du programme de prise en charge de la malnutrition dans la zone de Tanout.

En novembre **2015**, une investigation SQUEAC réalisée sur l'évolution des barrières et l'impact des activités mises en œuvre à la suite de la SQUEAC précédente, donne une couverture actuelle de **37,3% (30,0% - 45,1%)** soit une couverture inférieure à celle de 2014. Il faut cependant noter que cette différence n'est pas statistiquement significative car les 2 intervalles chevauchent.

Cet absence d'évolution peut être en partie liée à la mise en place tardive et partielle des recommandations de 2014.

Les trois principales barrières relevées sont les mêmes qu'en 2014. Elles sont présentées résumées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 : liste des principales barrières**

| Barrières                     | Racines des barrières                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Difficultés d'accès aux soins | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distance / manque de moyen de transport/coût de transport élevé pour les familles</li> <li>- Insuffisance dans la couverture du dépistage actif</li> <li>- Médecine traditionnelle/vendeur ambulant de</li> </ul> |

|                                                                     |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | médicament en 1er recours<br>- Occupation des mères (personne pour s'occuper du reste de la famille, travaux champêtres)                                                     |
| Irrégularité dans la continuité et la qualité de la prise en charge | - Rupture fréquentes<br>- Insuffisance de communication avec les bénéficiaires (rejet/ration incomplète etc.)<br>- Temps d'attente important                                 |
| Faiblesse des activités au niveau communautaire                     | - Insuffisance dans la sensibilisation communautaire<br>- Insuffisance du dépistage continu dans la communauté<br>- Recours au traitement traditionnel et à l'automédication |

Les principaux boosters relevés sont :

- la bonne connaissance du traitement par la population
- la gratuité du traitement
- l'existence dans certaines zones d'une stratégie de dépistage communautaire et suivi des enfants (nouveau).

Il y a peu de changement entre les recommandations de 2014 et 2015. Elles portent essentiellement sur :

- La mise en place d'une véritable stratégie communautaire qui suppose :
  - o une cartographie du dynamisme communautaire
  - o une planification des activités de mobilisation communautaire
  - o un suivi des activités (outils et stratégie adaptée à la communauté)
  - o l'utilisation de groupes et des canaux de communications existants pour faire passer les messages et réaliser des activités telles que le dépistage.
- L'intégration des outils SQUEAC (qualitatifs et quantitatifs) dans les activités de routines en vue d'ajuster le programme à la réalité du terrain, d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'assurer l'efficacité des activités.

Une expérience de restitution communautaire avec développement de plan d'action avec la communauté ont été initiés dans certaines zones. Les communautés doivent être accompagnées dans la mise en place de ces plans de mobilisation communautaire et l'expérience élargie à d'autres zones.

## OBJECTIFS

---

### Objectif principal :

Estimer la couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aigue au district sanitaire de Tanout

### Objectifs secondaires :

- Analyser l'évolution des barrières et l'impact des activités mises en place à la suite d'une SQUEAC précédente
- Estimer la couverture (en 2015) du programme (PCIMA) du district sanitaire de Tanout

## CONTEXTE

---

Le district sanitaire de Tanout est situé dans la partie méridionale est du Niger ; à l'extrême Nord de la région de Zinder. La distance qui sépare le DS de Tanout à la ville de Zinder est de 142 km, il se situe à 1 033 km de la capitale Niamey.

Le département de Tanout couvre une superficie d'environ 33 171 Km<sup>2</sup>, soit 22,69% de la région de Zinder et se caractérise par un climat subdésertique sahélo saharien ou la pluviométrie est comprise entre moins de 200 à 400 mm par an.

Le district sanitaire de Tanout compte 537 225 habitants en 2012<sup>1</sup>. Les populations sont majoritairement sédentaires (haoussa, béribéri, touaregs) mais il existe aussi des éleveurs (peulhs, touaregs). On note également un fort taux d'exode des jeunes actifs, qui migrent saisonnièrement vers les centres urbains ; certains traversent même les frontières du Niger pour se rendre en Lybie.

Le taux de malnutrition aigue global pour l'ensemble de la région de Zinder est de 14,8% en 2014 et celui de la MAS est de 1,9%<sup>2</sup>.

L'objectif de la présente investigation est surtout d'analyser l'évolution des principales barrières identifiées lors de l'enquête SQUEAC de 2014 ; mais également de mesurer l'impact des activités qui ont été mises en place pour améliorer la mobilisation communautaire au niveau du district sanitaire de Tanout.

---

<sup>1</sup>Données du recensement général de la population du Niger réalisé en 2012 par l'INS (Institut National de la Statistique)

<sup>2</sup> Enquête SMART 2014, réalisée par l'INS et la DNN (Direction de la nutrition du Niger)

# PROCESSUS D'ENQUÊTE

## ÉTAPE 1

La présente investigation est une enquête SQUEAC de suivi donc l'étape 1 a consisté à la revue des barrières et la mise en place du plan d'échantillonnage qui a pris en compte l'ensemble des villages et hameaux (proches et lointains) et l'ensemble des ethnies présentes à Tanout.

Les principales barrières identifiées lors de l'enquête de 2014 ont également été traduites en français et passées en revue avec l'ensemble des enquêteurs.

Les données de routine (spécifiquement le PB à l'admission) qui seront présentées dans ce rapport ont été collectées quelques semaines après la réalisation de l'enquête SQUEAC.

### 1. Données quantitatives :

#### a. Analyse des supports

:Lors du recueil des données des étapes 1 et 2, les registres CREN ont été vérifiés pour juger de la qualité de leur remplissage. De nombreuses l'ensemble insuffisances ont été relevées :

- Le suivi des abandons et des absences n'est pas toujours renseigné avec le risque de sous-estimer les abandons
- Certains critères de sorties non notifiés (abandons, référence vers CRENI, décès,... )
- De nombreuses valeurs sont arrondies dans la prise des mesures anthropométrique, ce qui peut mettre en doute la qualité des mesures surtout le pb.

#### b. Analyse du pb médian à l'admission

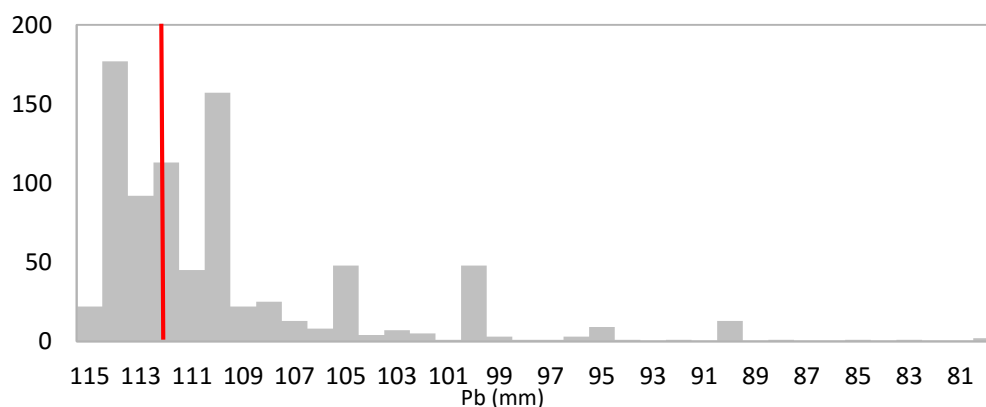


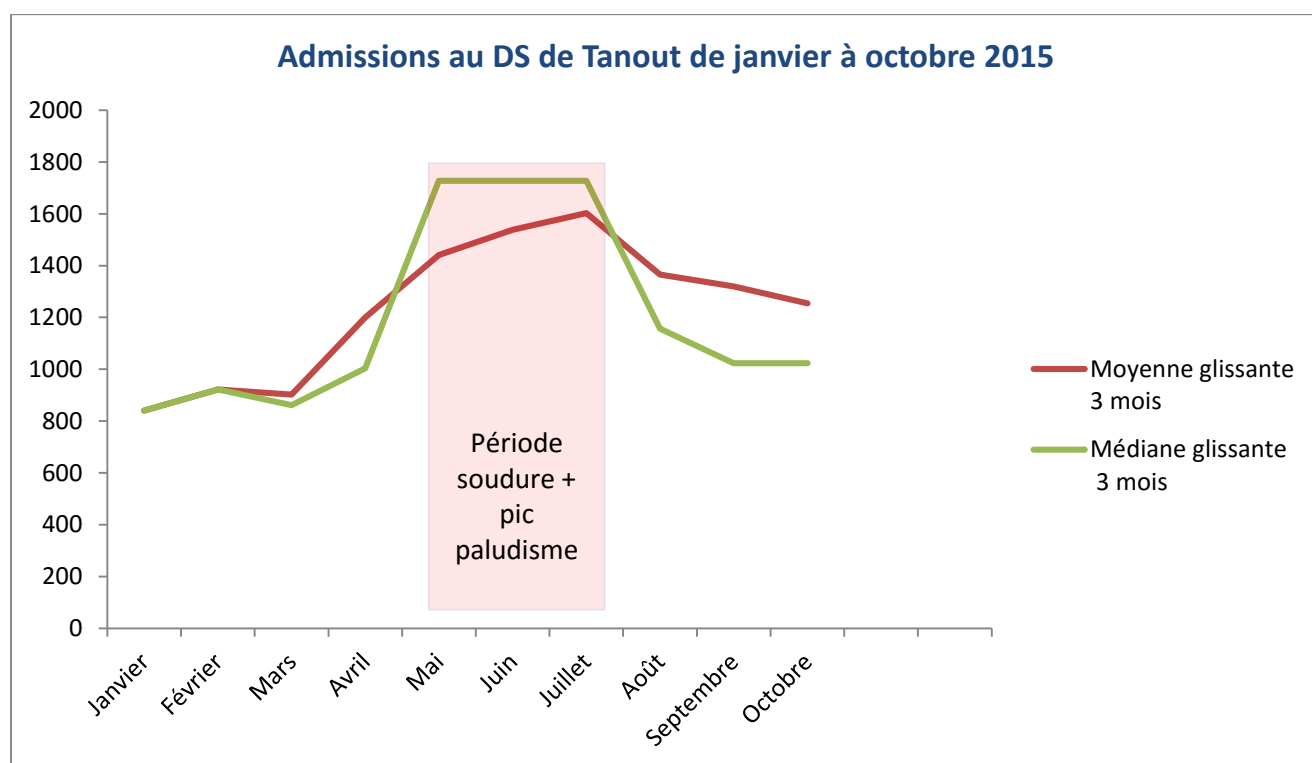
Figure 1 : Représentation graphique du PB à l'admission au DS de Tanout pour les mois d'août, septembre et octobre 2015

Le graphique ci-dessus donne une représentation de la mesure du périmètre brachial des enfants souffrant de MAS à l'admission. Le PB médian est de 112 mm en 2015 contre une médiane de 110 mm obtenu à l'enquête de couverture de 2014. Ceci peut être interprété comme un signe de dépistage précoce au niveau communautaire et qui devrait avoir un impact positif sur l'amélioration de la couverture PCIMA contrairement à 2014.

Cependant on remarque également que beaucoup d'enfants ont été dépistés avec un PB inférieur à 110 mm, certains ont même un PB inférieur à 100 mm, ce qui démontre inversement un dépistage tardif de la malnutrition. Cette hétérogénéité peut être interprétée par la différence de stratégie de dépistage dans le district de Tanout : en effet au niveau des communes de convergence, les VCRN réalisent des dépistages de la malnutrition de façon continue dans le cadre du projet IAOMD que la CRF/CRN met en œuvre

### c. Analyse de la courbe des admissions CRENAS

Figure 1 : Courbe d'admission et calendrier des saisonniers



| Janvier       | Février | Mars        | Avril | Mai                | Juin          | Juillet | Août | Septembre | Octobre | Novembre      | Décembre |
|---------------|---------|-------------|-------|--------------------|---------------|---------|------|-----------|---------|---------------|----------|
|               |         | saisonsèche |       |                    | Cerclage      |         |      |           |         |               |          |
| Défrichage    |         |             |       |                    |               |         |      |           |         |               |          |
| Saison froide |         | Diarrhée    |       |                    |               |         |      |           |         | Saison froide |          |
| IRA           |         |             |       |                    | Hivernage     |         |      |           |         | IRA           |          |
|               |         |             |       | Période de soudure |               |         |      | Récolte   |         |               |          |
|               |         |             |       |                    | Pic paludisme |         |      |           |         |               |          |
| Paludisme     |         |             |       |                    |               |         |      |           |         |               |          |

De janvier à octobre 2015, un total de 13010 enfants souffrant de MAS a été pris en charge au niveau des CRENAS des 31 CSI que compte le DS de Tanout. Cela fait une moyenne de 1300 admissions par mois. Cette valeur est comparable à celle de 2014 (1369) et peut indiquer que la situation nutritionnelle n'a pas connu d'évolution majeure entre les deux années.

Afin de mieux conceptualiser la tendance des admissions, les moyennes mobiles ont été préférées aux nombres d'admission mensuelle. Ce qui permet de mieux visualiser la période de pic de malnutrition (mois de mai, juin et juillet) qui chevauche avec une partie de la période du pic du paludisme ainsi que la période où il est enregistré beaucoup de cas de diarrhée. Cette période critique correspond également à une difficulté d'accessibilité alimentaire, du fait de l'épuisement des réserves alimentaires issues des récoltes des populations ainsi que de la flambée des prix des principales denrées sur les marchés.

On note cependant une légère différence avec 2014. Deux pics étaient en effet observés en 2014. Un premier en Mars-Avril-Mai et un second plus tard à partir d'août. Cette différence peut être expliquée par une période de soudure plus précoce en 2014 (premier pic) avec un second pic étant lié au pic de paludisme. En 2015, les deux pics ont dû se rapprocher/superposer du fait d'une période de soudure arrivée plus tardivement.

#### d. Analyse de la courbe des abandons CRENAS

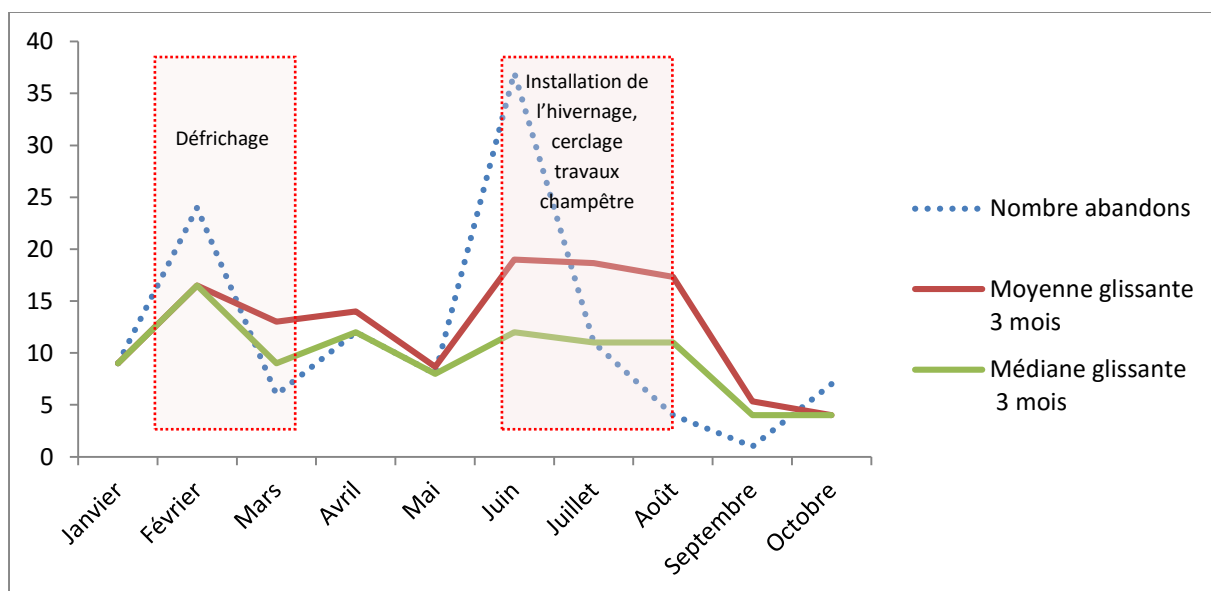


Figure 3 : Représentation graphique des abandons enregistrés au DS de Tanout de janvier à octobre 2015

Ce graphique présente les cas d'abandons enregistrés au DS de Tanout de janvier à octobre 2015.

Le calcul de la moyenne glissante permet de conceptualiser la tendance des abandons sur une période donnée. Ainsi on remarque que pour le cas spécifique de Tanout, les pics d'abandon s'observent généralement pendant la période hivernale qui correspond aux travaux de champêtre plus précisément le cerclage et le labour, on observe également une autre période de pic juste en début d'année qui correspond à la période de défrichage des champs.

Cette tendance à avoir deux pics d'abandon confirme l'observation réalisée en 2014.

Les femmes sont pleinement impliquées dans ces travaux, en plus des tâches ménagères qu'elles doivent assurer quotidiennement. Il a été cependant remarqué des petites divergences dans la division et l'organisation du travail des femmes au sein des communautés en fonction de l'ethnie. Ainsi il a été remarqué que chez les Kanouri sont les hommes qui s'occupent de puiser l'eau utilisée quotidiennement pour les besoins du ménages ; pendant que cette tâche est majoritairement assurée par les femmes chez les populations haoussa.

#### e. Analyse des indicateurs de performances CRENAS

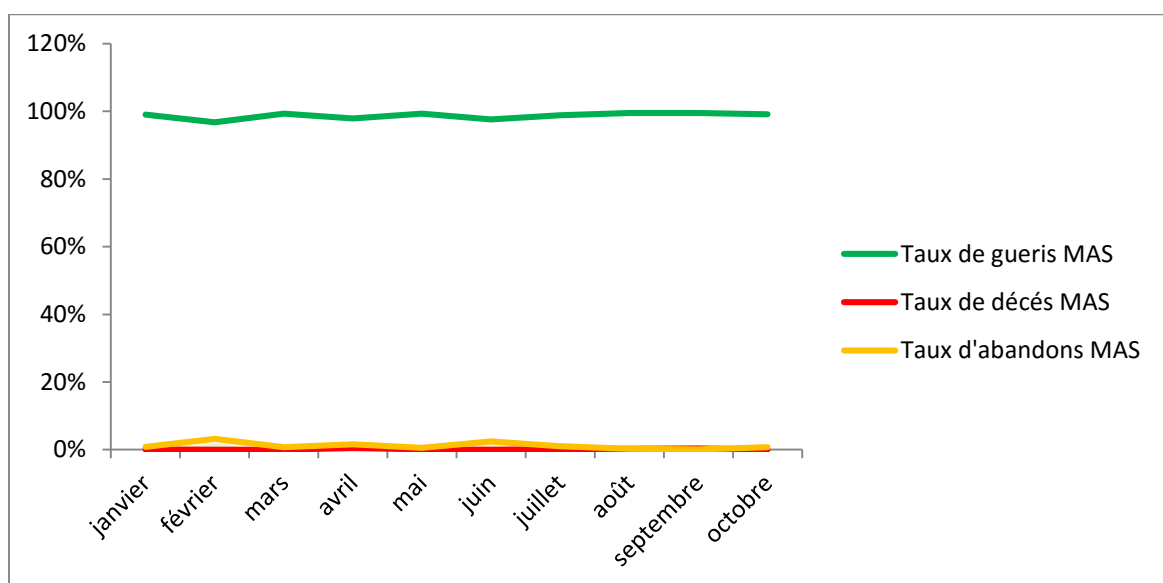


Figure 4 : Indicateurs de performance des CRENAS de Tanout de janvier à octobre 2015

Les indicateurs de performance des CRENAS sont largement au-dessus des normes SPHERE et PCIMA. Ces indicateurs sont proches de 100% de guérison et se sont améliorés par rapport à 2014 (valeur comprise entre 80 et 90%).

Cette valeur élevée aurait dû être un indice de couverture élevée : les programmes efficaces (taux de guérison élevé) ayant des couvertures plus élevées ; la population se rendant plus facilement dans ces programmes convaincue de leur efficacité.

Cependant vu la pauvre qualité de la tenue des registres on peut mettre en doute la fiabilité de ces données. De nombreux cas d'abandon et de décès ne doivent pas avoir été notifiés.

#### f. Analyse de la courbe des admissions CRENI

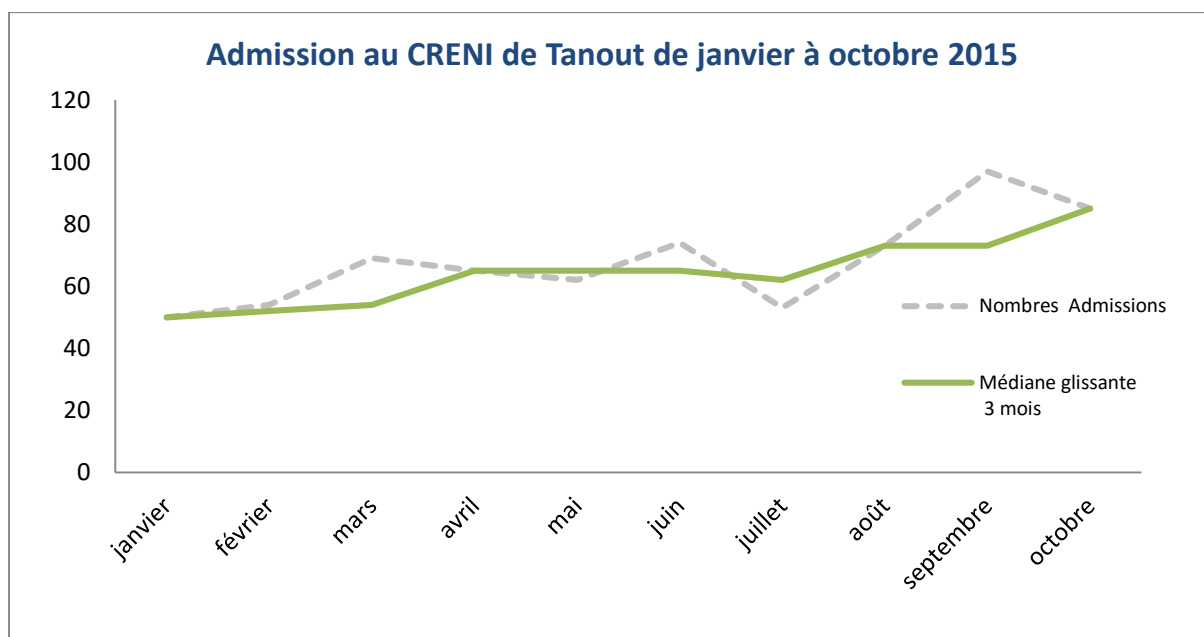


Figure 5 : Représentation graphique des admissions au CRENI de Tanout de janvier à octobre 2015

La courbe d'admission au CRENI a la même tendance que celle des MAS, avec une augmentation du nombre de cas pendant la période de soudure, qui coïncide également avec la survenue des principales pathologies (paludisme, diarrhée, IRA) qui affectent les enfants.

#### g. Analyse des indicateurs de performances CRENI

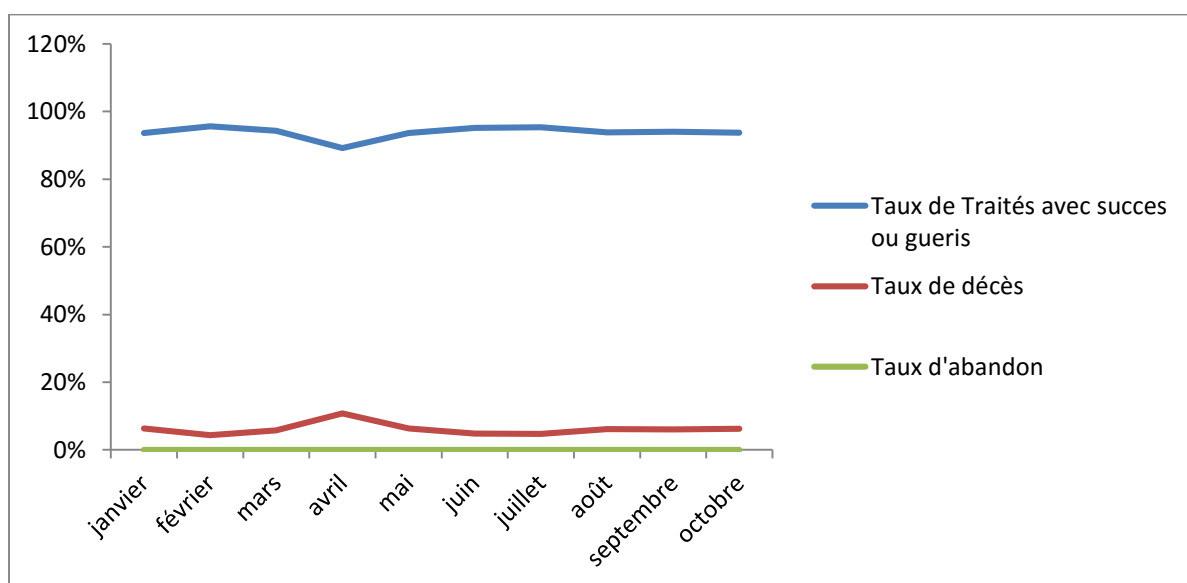


Figure 6 : Indicateurs de performance du CRENI de Tanout de janvier à octobre 2015

Les indicateurs de performance du CRENI, sont largement au-dessus des normes SPHERE et PCIMA tout comme ceux des CRENAS.

Le taux de décès reste inférieur à 5% alors que la norme est de moins de 15%.

Ce qui peut être un indicateur positif pour la couverture. Les CRENI avec des taux de mortalités faibles entraînent moins de méfiance et d'appréhension de la communauté en cas de référence.

On remarque également que le taux d'abandon au CRENI est nul, cela s'explique par les dispositions qui sont prises pour assurer aux mères/accompagnantes 3 repas quotidiennement.

#### **h. Données non analysées**

Un certain nombre de données n'ont pu être collectées et donc analysées.

Les données concernaient :

- la durée de séjour des enfants guéris
- la durée de séjour avant abandons
- le dépistage
- les VAD
- la sensibilisation

#### **2. Données qualitatives :**

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

Les entretiens ont été réalisés par les équipes du programme avec l'appui de l'Assistant au coordinateur des opérations de la CRF de manière à pouvoir rencontrer et discuter avec chaque catégorie de personnes ciblées plusieurs entretiens (voir la répartition des entretiens en annexe 1).

Les guides d'entretiens portaient sur :

- Connaissance de la malnutrition et connaissance des signes
- Connaissance et appréciation du service
- Qualité de la prise en charge
- Activités des relais communautaires

- Implication des personnes clés

- Barrières à l'accessibilité

Les données ont été ensuite recoupées par source/ triangulation.

Le recueil des données qualitatives s'est sous forme d'entretien

#### **a. Connaissance de la malnutrition et de ses signes**

Il existe des appellations locales que les populations utilisent pour décrire la malnutrition. Ces noms locaux ont cependant un caractère péjoratif ce qui explique la stigmatisation que l'on observe généralement chez les enfants souffrant de malnutrition.

Ces appellations locales de la malnutrition varient en fonction des ethnies. Ainsi les haoussas disent « Tamoia » ou « kwamasso » ou encore « Dangna » pour désigner la malnutrition. Les béribéris disent « Seywa » ou « Kina » ; les peuls disent « wountarey » et les touaregs disent « fousse » ou « laze ».

La malnutrition demeure une maladie pas très connue par les populations et ses causes (autre que le manque de nourriture) et le diagnostic de la malnutrition restent encore flous pour la population et révèlent le manque de communication des agents de santé et des volontaires lors de leurs activités. Cela aurait un impact négatif sur l'adhésion communautaire et la couverture. La population ne se sentant pas directement concernée par le problème de la malnutrition, ce sont les agents de santé ou les relais qui décident si un enfant est malnutri ou pas, comme l'ont affirmé beaucoup de femmes pendant les entretiens.

Les activités d'autodiagnostic et d'engagement communautaire ayant commencés tardivement et étant limitées qu'à quelques villages. Cette barrière n'a pas été modifiée de façon significative.

#### **b. Traitement de la malnutrition**

Comme en 2014, l'automédication demeure très répandue et c'est par elle que commence généralement l'itinéraire thérapeutique des enfants malnutris.

Le recours au centre de santé se fait très souvent en dernier recours souvent après 1 à 2 semaines d'essai thérapeutique dans la communauté.

Le recours aux tradi-praticiens est plus important pour les cas de kwashiorkor, de nombreux tradi-praticiens assurant pouvoir faire fondre les œdèmes en quelques jours en donnant des décoctions à boire.

Les activités d'autodiagnostic et d'engagement communautaire ayant commencés tardivement et étant limitées qu'à quelques villages. Cette barrière n'a pas été modifiée de façon significative.

### **c. Connaissance et appréciation du service**

Comme en 2014, le Plumpynut et le Plumpysup sont largement connus dans la plupart des villages et par la population (surtout par les femmes) qui arrive à différencier les deux produits et leur cible. Les mots utilisés pour qualifier le plumpynut sont : « planti » ou « flunki » ou « madara » ou « tahloumour » selon les villages.

Dans la majorité des villages, le plumpynut est perçu comme une friandise que les mères distribuent dès leur retour des CSI aux enfants de la communauté ou de la famille.

Les activités d'autodiagnostic et d'engagement communautaire ayant commencé tardivement et étant limitées qu'à quelques villages. Cette barrière n'a pas été modifiée de façon significative.

### **d. Qualité de la prise en charge**

Comme en 2014, on observe qu'au niveau de certains CSI, la prise en charge est complètement assurée par les VCRN depuis plusieurs années. Ce qui se traduit le plus souvent par un non respect des directives et normes en vigueur au Niger malgré les années d'expérience de certains VCRN.

Aucunes actions spécifiques n'ont été engagées pour renforcer ces VCRN comme ils ne sont officiellement pas reconnus pour pouvoir réaliser la prise en charge des malnutris.

### **e. Activités communautaires**

Le programme actuellement mis en œuvre par la CRN/CRF au district sanitaire de Tanout ne dispose pas de VCRN/relais communautaires actifs au sein des différents villages ; sauf pour les villages où le projet IAOMD est mis en œuvre sous financement UNICEF.

Cette insuffisance se répercute sur le dépistage en continu de la malnutrition au niveau communautaire ainsi que les sensibilisations. Même dans les villages couverts on note cependant de nombreuses insuffisances du à la démotivation des relais communautaires.

Il est aussi même intéressant de noter qu'en 2015, une stratégie appelée « maman PB » a été initiée sur certains villages de deux aires sanitaires. Elle devrait permettre aux mamans d'auto-dépister leurs propres enfants ou ceux de leur entourage et de les référer aux centres de santé pour une prise en charge au cas où ils seraient malnutris.

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact de cette initiative.

### **f. Implication des personnes clés et de la communauté**

Comme en 2014, on note une faible implication des hommes et des autorités locales et religieuses, dans les activités de prise en charge de la malnutrition et même

promotionnelles ce qui limite la mobilisation communautaire dans une société patriarcale ou le pouvoir décisionnel est exclusivement masculin.

Les activités d'autodiagnostic et d'engagement communautaire ayant commencés tardivement et étant limitées qu'à quelques villages. Cette barrière n'a pas été modifiée de façon significative.

#### **g. Barrières et boosters à l'accessibilité :**

Les principaux boosters et barrières à l'accessibilité et à la participation identifiées au cours de l'évaluation sont récapitulés dans le tableau 1 Etape 3 : ci-dessous :

### **ÉTAPE 2**

Comme il s'agit d'une SQUEAC de suivi l'étape 2 n'a pas été réalisée.

### **ÉTAPE 3**

A la suite des premières étapes décrites ci-dessus et des différents entretiens faits avec la communauté, les barrières et boosters de la couverture ont été identifiés. Il a ensuite été procédé à la pondération de ces barrières et booster en plénière avec l'ensemble des enquêteurs. 5 groupes ont été constitués, et chacun a procédé à une notation des différentes barrières et boosters en fonction de leur récurrence par rapport aux données collectées.

En cas de différence significative entre 2 groupes, des discussions étaient engagées en vue de rapprocher les résultats des données probantes. La moyenne a ensuite été calculée pour chaque barrière et booster, comme présenter sur le tableau ci-dessous:

**Tableau 2: Barrières et boosters pondérés**

| <b>Barrières</b>                  | <b>Pondération</b> | <b>Pondération</b> | <b>Boosters</b>                                                                                          |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Distance                          | 5                  | 5                  | Connaissance du service PCIMA                                                                            |
| Rupture PPN                       | 4                  | 2                  | Dépistage des RC dans la communauté (zones IAOMD)                                                        |
| Charge de travail des mères       | 2                  | 1,6                | Implication des leaders religieux dans la sensibilisation                                                |
| Partage de la ration              | 2,4                | 1,6                | sensibilisation sur la nutrition, la connaissance des pratiques et l'importance AME dans certaines zones |
| Ration incomplète                 | 2,2                | 2,6                | Gratuité de la PEC                                                                                       |
| Décharge précoce (avant guérison) | 0,8                | 3,4                | Connaissance de la malnutrition                                                                          |

|                                                                            |             |             |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Stigmatisation                                                             | 3,2         | 2           | Supervision régulière                                                             |
| Rejet                                                                      | 2,4         | 1,8         | Référencement de capacité des RC pour la réalisation des activités communautaires |
| coût de transport/pauvreté                                                 | 3,2         | 1,6         | Dépistage de la malnutrition intégré aux sorties foraines                         |
| Insuffisance dans les activités communautaires (dépistage/sensibilisation) | 2           | 2,2         | Encouragement des mères, par les maris à se rendre au Centre de santé             |
| Recours au traitement traditionnel                                         | 2,2         | 2,2         | dépistage actif                                                                   |
| Référencement payant des cas MAS+++ au CRENI                               | 1,4         | 4,2         | Accueil                                                                           |
| Automédication (utilisation médicaments de la rue)                         | 2,2         |             |                                                                                   |
| Faible fréquentation des centres de santé                                  | 0,6         |             |                                                                                   |
| Absence des agents de santé                                                | 1,4         |             |                                                                                   |
| Déplacement (exode)/transhumance                                           | 2,4         |             |                                                                                   |
| <b>Total</b>                                                               | <b>37,4</b> | <b>30,2</b> |                                                                                   |

Le Prior a en suite été calculé selon la formule suivante :

$$\text{Prior} = (\text{Barrières} + \text{Boosters})$$

$$\text{Avec barrières} = 100 - 37,4 = 62,6 \text{ et Boosters} = 0 + 30,2 = 30,2$$

$$\text{Soit Prior} = \frac{(62,6 + 30,2)}{2} = 92,8/2 = 46,4$$

Le Prior a été arrondi à 45 % soit une valeur de  $\alpha = 15,6$  et  $\beta = 19,1$  selon le guide FANTA.

Les valeurs de  $\alpha$  et  $\beta$  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. La recherche de cas et la définition de cas étaient identiques à celles de l'étape 2.

Au total 119 MAS ont été trouvés dont 42 ont été couverts.

Il faut surtout noter que sur ces 42 couverts, seuls 33 disposaient de PPN (matériellement vérifié par les enquêteurs).

9 cas de MAS en voie de guérison ont été retrouvés.

En introduisant les données de l'évidence vraisemblable dans la calculatrice de Bayes (figure 2), on obtient une estimation de la couverture actuelle de **37,3 % (30,0%-45,1 %)** avec un intervalle de confiance 95%.

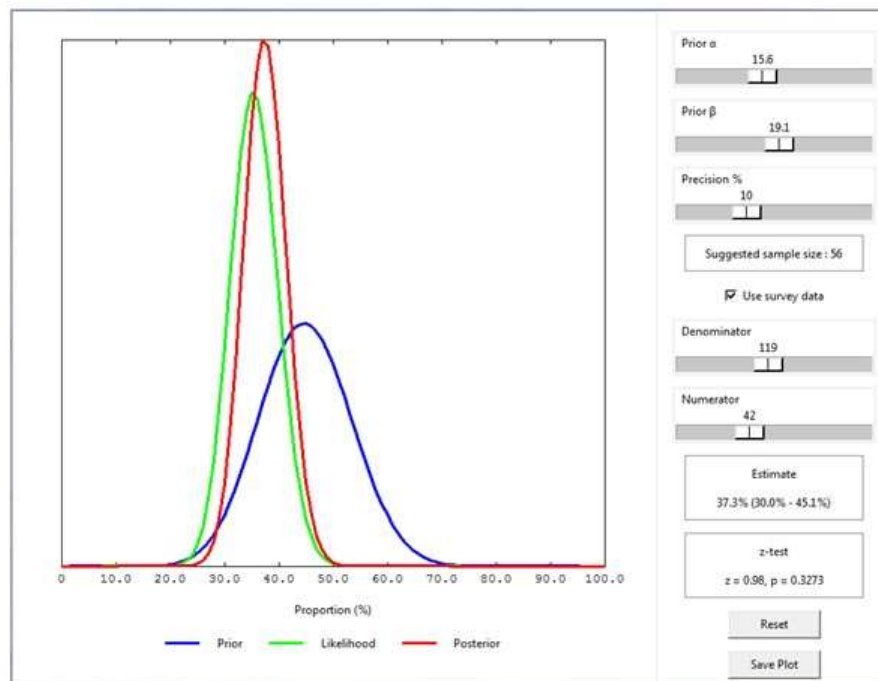


Figure 2 : Capture d'écran calculatrice de Bayes

Il n'y a pas de conflit entre l'évidence vraisemblable et la probabilité à priori ( $p > 0,05$ ).

Le résultat est ainsi validé.

La majorité des mères 73,25 % (parmi les cas non couverts) est consciente que leur enfant est malade, cependant elle ne cite pas directement la malnutrition. Sont cités plutôt la fièvre, la diarrhée, l'amaigrissement, le manque d'appétit et les vomissements de façon spontanée.

Les mamans incriminent généralement le paludisme, la diarrhée, l'amaigrissement, les causes magico-religieuses ou affirment qu'elles ne savent pas de quoi souffre leur enfant.

Le graphique ci-dessous, présente les principales raisons évoquées par les mères pour justifier le fait que leur enfant ne soit pas pris en charge au moment de l'enquête :

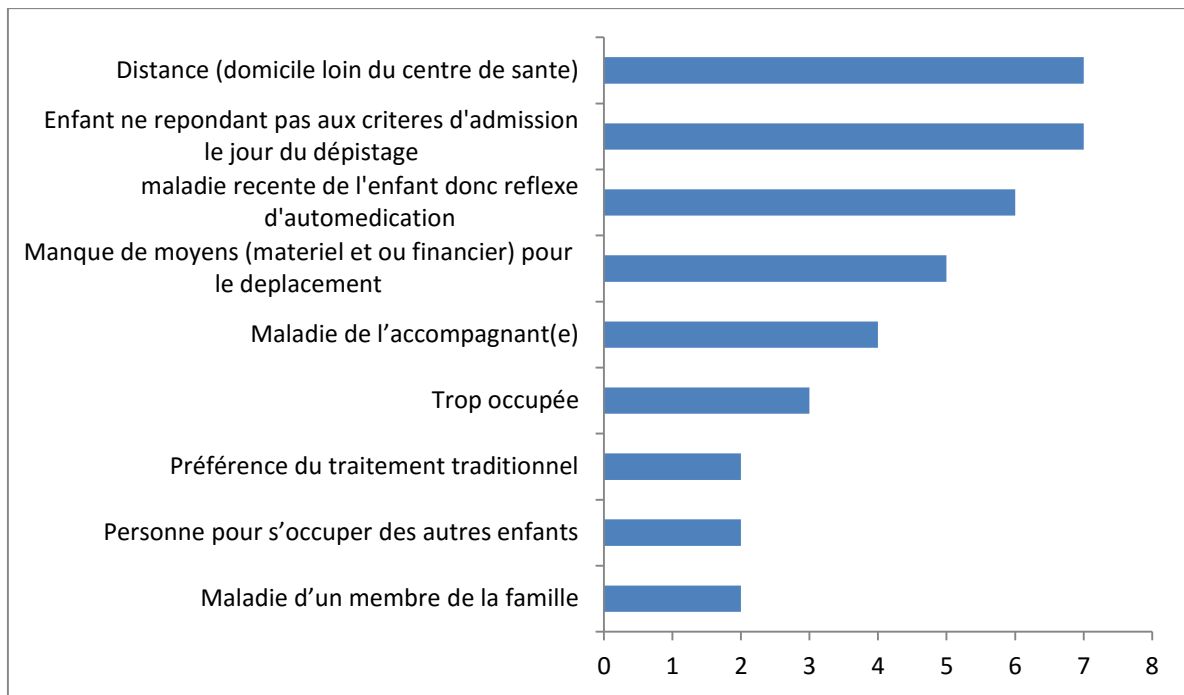


Figure 3 : cause de non couverture

## DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

---

Le taux de couverture actuelle au district sanitaire de Tanout est de 37,3 % (30,0%-45,1 %) avec un intervalle de confiance 95%. Ce taux est inférieur à la norme SPHERE qui indique qu'en zone rurale le taux de couverture doit être supérieur à 50%.

Ce taux reflète les insuffisances en matière de mobilisation communautaire avec une implication plus forte de toute la communauté, notamment les hommes qui ont le pouvoir de décision et peuvent permettre de dépasser certaines barrières comme la distance (première barrière citée) en donnant un appui aux femmes.

Les activités d'engagement communautaire ont commencé trop tardivement pour avoir pu donner des résultats.

En 2014, le taux de couverture actuelle a été estimé à 47,6% (37%-58,1%). On remarque ainsi que les 2 intervalles de confiance se recoupent, ce qui signifie que la différence entre les 2 estimations de couverture n'est pas statistiquement significative.

Concrètement cela voudrait dire qu'on ne peut affirmer de façon tranchée que le taux de couverture a considérablement chuté en 2015 par rapport à 2014.

La majorité des activités du plan d'action de 2014 n'ont pu être mises en place en partie du fait d'un changement à la tête du projet et parce que le document de 2014 a été développé en anglais limitant la compréhension et l'appropriation par l'équipe terrain.

Le manque d'évolution de la couverture montre deux choses importantes.

Il est premièrement primordial de mettre en place les recommandations d'une SQUEAC avant de s'engager dans une nouvelle évaluation si on veut observer un changement positif.

Il est également urgent de changer la manière d'agir avec des stratégies innovantes qui visent l'implication et la diversification des acteurs dans la lutte de la malnutrition.

Des imitatives comme les mères pb doivent être continuées et le développement de plan de mobilisation communautaire avec la communauté doivent être poursuivis.



# COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



| Thèmes                      | Activités                                                                                                               | Operateur                                                                        | Planning           | Observation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mobilisation communautaire  | Implication des autorités administratives dans les activités de prise en charge de la malnutrition                      | DRSP + Mairies + ONG locales et internationales + représentants de la communauté | 1er trimestre 2016 | l'atelier de désengagement sera une opportunité pour présenter aux différentes collectivités les activités de PEC et les exhorter à collaborer avec le partenaire repreneur                                                                                                                                                                           |
| Mobilisation communautaire  | Implication des leaders d'opinion, religieux et communautaires dans les activités de prise en charge de la malnutrition | DRSP + DS + Leaders d'opinion + leaders communautaires + leaders religieux       | 1er semestre 2016  | l'auto diagnostic communautaire assisté conduit en 2015 va être poursuivie en 2016 en ciblant les différents leaders afin de les impliquer davantage dans la prise en charge de la malnutrition                                                                                                                                                       |
| Information sensibilisation | Intensification des thèmes de sensibilisation sur les causes, les conséquences et le traitement de la malnutrition      | DRSP + Mairies + Communautés                                                     | 1er semestre 2016  | Les différents acteurs précédemment identifiés (leaders etc.) y compris les agents de santé doivent intensifier les messages de sensibilisation pour que les populations connaissent mieux les signes de la malnutrition.<br>Les modalités (fréquences, cible,...) et les supports devant au préalable être définis avec ces acteurs et la communauté |

|                 |                                                                                                                                        |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sensibilisation | Étendre la zone de sensibilisation à toutes communes/villages du district sanitaire de Tanout                                          | leaders communautaires +Mairies                                      | 1er trimestre 2016 | l'atelier de désengagement sera une opportunité pour présenter aux différentes collectivités les activités de PEC<br>Les canaux naturels de communications (mosquées,...) et les personnes influentes (grands commerçant,...) doivent également servir à faire passer les messages                |
| Sensibilisation | Intensification des séances de sensibilisation sur les risques du partage de la ration                                                 | DRSP +DS+Mairies                                                     | 1er trimestre 2016 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dépistage       | Distribution élargi de MUAC : Maman PB, Mères d'enfants MAS guéris, leaders, associations de femmes et de jeunes, tradipraticiens etc. | DRSP+DS+Mairies+ ONG                                                 | 1er semestre 2016  | Dans un premier temps, la stratégie "Maman PB" va plus être vulgarisée, et dans un second temps il serait envisageable de procéder à un élargissement de cette stratégie à d'autres groupes cibles comme mentionné dans la recommandation                                                         |
| Accès aux soins | Implication des maris dans l'organisation du transport hebdomadaire pour le suivi des enfants aux CRENAS                               | Leaders communautaires, religieux, associations à base communautaire | 1er semestre 2016  | Des rencontres avec les différents acteurs et leaders communautaires identifiés doivent être menées afin qu'ils s'impliquent dans la sensibilisation des maris pour mieux gérer la question du transport des femmes pour le suivi de routine au niveau des centres de récupération nutritionnelle |

|                        |                                                                          |           |                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordination plaidoyer | Impliquer les Collectivités les réunions de coordination extraordinaires | DRSP + DS | 1er trimestre 2016 | Cette implication pourrait faciliter le partage de données notamment le bulletin d'information nutritionnelle des communes et permettre aux autorités sanitaires de mieux s'imprégner du calendrier de programmation budgétaire des collectivités |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES FORMEES PENDANT LA SQUEAC

| Nom               | Prénom       | Fonction                                 | Organisation           | Sexe (M/F) |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------------------|------------|
| ISSOUFOU BOUBACAR | Diop         | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| ABDOURAHAMANE     | Maigari      | SG CRN Tanout                            | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| SANI AMADOU       | Ilou         | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| Mme RABIOU        | Sakina       | Animatrice WASH                          | Croix-Rouge nigérienne | F          |
| GOUROUZA HASSOUMI | Mounkaila    | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| ABDOULAYE         | Saley        | Assistant au chef de projet              | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| ABDOULKADER       | Yahaya       | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| TADJODINI         | Roufass      | Responsable Fidélisation des volontaires | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| MOUSSA ZAKARI     | Maman Bachir | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |
| MAHAMANE LAOUALI  | Boukary      | Animateur Nutrition                      | Croix-Rouge nigérienne | M          |

## ANNEXE 2 : Chronogramme de la formation et de l'investigation

| Activité                                                                   | 16-nov. | 17-nov. | 18-nov. | 19-nov. | 20-nov. | 21-nov. | 22-nov. | 23-nov. | 24-nov. | 25-nov. | 26-nov. |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Analyse des données de routines + revue barrières + plan d'échantillonnage |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Formation sur le recueil des données qualitatives                          |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Recueil des données qualitatives                                           |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Synthèse des données + BBQ + Pb standardisation + préparation RAAC         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Calculatrice de Bayes + échantillonnage grande zone                        |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Étape 3: Enquête grande zone                                               |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |

Travail bureau

Terrain



## ANNEXE 3 : Liste des noms utilisés pour décrire la malnutrition au sein de la communauté

| Langue   | Kwashiorkor         | Marasme        |
|----------|---------------------|----------------|
| Haoussa  | Tamoa mai kounbouri | Tamoa mai rama |
|          | Faran massara       | kwamasso       |
|          | Shawara             | Daouda         |
|          | Tamoa               | Tchouta        |
| Béribéri | Kina                | Kina           |
|          | Seywa               | Anowo          |
| Tamashek | Fousse              | Laze           |
| Peulh    | Yindadey            | Amalwo         |
|          | Wountarey           | Doungou        |

#### ANNEXE 4 : Les groupes cibles vu lors des entretiens

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 1  | Les membres de la communauté (H/F)                  |
| 2  | Les gardiens d'enfants (H/F)                        |
| 3  | Peres de MAS,                                       |
| 4  | Mère de MAS                                         |
| 5  | Grand mère de MAS                                   |
| 6  | Les enseignants                                     |
| 7  | Les matrones et accouches traditionnelles           |
| 8  | Les tradipraticiens                                 |
| 9  | Les autorités religieuses/leaders<br>communautaires |
| 10 | Les organisations à bases communautaires            |
| 11 | Les associations et coopératives féminines          |
| 12 | Les relais communautaires                           |
| 13 | Les membres des COGES                               |
| 14 | Les agents de sante                                 |
| 15 | Le crieur public                                    |
| 16 | Le plus riche du village                            |