



RAPPORT SQUEAC

ENQUETE DE COUVERTURE SQUEAC SUIVI DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TILLABERY

Projet « Prise en charge en charge intégrée de la malnutrition aigue Sévère au Niger »

Décembre 2015

Daouda M'Bodj

I.	CONTEXTE/JUSTIFICATION	6
II.	OBJECTIF DE L'ENQUETE	7
1.	Objectif général.	7
2.	Objectifs spécifiques.	7
III.	PROCESSUS DE L'ENQUETE ET RESULTATS	8
IV.	DISCUSSION.....	23
V.	RECOMMANDATIONS	24

Tableaux

TABEAU 1: BARRIERES D'ACCES AUX SOINS 2014 ET 2015	5
TABEAU 2: TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES QUANTITATIVES	15
TABEAU 3: BARRIERES ET BOOSTERS 2015	17
TABEAU 4: PONDERATION DES BARRIERES ET BOOSTERS	18
TABEAU 5: RESULTATS DE LA RECHERCHE ACTIVE DES CAS.....	20

Figures

FIGURE 1: EVOLUTION DES ADMISSIONS MENSUELLES AU CRENAS EN FONCTION DU CALENDRIER SAISONNIER	8
FIGURE 2: EVOLUTION DES ADMISSIONS AU CRENI DU HD DE TILLABERY DE 2013 A 2015	9
FIGURE 3: RAPPORT ADMISSION CRENI- CRENAS.....	9
FIGURE 4: PROPORTION DES 6-59 MOIS DE CHAQUE CSI.....	10
FIGURE 5: PROPORTION DU NOMBRE D'ADMISSION PAR CSI.....	10
FIGURE 6: INDICATEURS DE PERFORMANCE CRENAS 2013 A 2015.....	11
FIGURE 7: INDICATEURS DE PERFORMANCE DU CRENI HD TILLABERY 2013 A 2015	11
FIGURE 8: PB A L'ADMISSION AOUT-SEPTEMBRE- OCTOBRE 2015	12
FIGURE 9: TAUX DE COUVERTURE DE DEPISTAGE PAR CSI.....	13
FIGURE 10: REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE ACTUELLE.....	21
FIGURE 11: NOMBRE D'ADMISSION ET CAUSES DE READMISSION POUR LES CAS COUVERTS	21
FIGURE 12: CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION ET DU PROGRAMME.	22
FIGURE 13: LES CAUSES DE NON COUVERTURE.....	22

Sigles et abréviations

BBQ	Barrières Boosters Questions
CMN	Coverage Monitoring Network
COGES	Comité de Gestion
CRENAS	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire pour sévère
CRENI	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif
CSI	Centre de Santé Intégré
CS	Case de Santé
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
FANTA	Food And Nutrition Technical Assistance
HD	Hôpital du District
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MAG	Malnutrition Aigue Globale
Pb	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PPN	Plumpynut
SPHERE	Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response
SQUEAC	Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture

REMERCIEMENTS

COOPI adresse ses 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 Tillabéry 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 COOPI Tillabéry, tout particulièrement aux superviseurs et mobilisateurs 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.

RESUME

L'investigation a été conduite au mois de décembre 2015 suivant la méthodologie de la SQUEAC suivi qui a permis d'évaluer l'évolution des barrières ressorties lors de la SQUEAC réalisée en novembre 2014 et d'évaluer la couverture du programme PCIMA dans le District Sanitaire de Tillabéry avec l'appui technique de Coverage Monitoring Network (CMN). L'enquête de couverture SQUEAC menée en novembre 2014 avait estimé le taux de couverture du programme PCIMA à 52,8% (IC 95% : 42,7 - 62,7) dans le district Sanitaire de Tillabéry. Ce chiffre est passé à **59,8% [IC 95% : 48,8% - 70,2%]** pour cette enquête SQUEAC suivi. Il n'y pas de différence significative entre ces deux taux de couverture (statistiquement). Cependant, ce chiffre conforte le district de Tillabéry au-dessus du standard SPHERE de 50% pour le milieu rural.

Les principales barrières d'accessibilité aux soins ressorties lors des investigations de 2014 et 2015 sont consignées dans le taux ci-dessous :

Tableau 1: Barrières d'accès aux soins 2014 et 2015

Barrières 2014	Barrières 2015
Accessibilité (crue, hippopotame)	Traversée fleuve
Distance temps d'attente/transport/manque moyen	Distance/Eloignement CSI
Attente CSI/absence repas	Accrue du fleuve/Menace Hippopotame
Occupation mère/mère malade	Accessibilité en Saison pluvieuse
Mauvais accueil/rejet	Problème d'argent
Jour unique prise en charge/absence agent de santé	Absence d'agent de santé
Absence agent qualifié/jour unique prise en charge	Exode/déplacement
Médecine traditionnelle/automédication	
Insécurité	
Rupture PPN	
Exode/déplacement	
Méconnaissance programme/malnutrition	
Diarrhée	
Argent à payer	
Refus mari (repas midi)	

De nombreuses actions ont pu être mise en place suites aux recommandations de 2014. Parmi ces recommandations, on peut citer les activités de sensibilisation sur la malnutrition et le programmes de prise en charge ou l'implication des leaders communautaires.

I. CONTEXTE/JUSTIFICATION

Au Niger, la malnutrition est un problème structurel, qui sévit de manière chronique, caractérisée par des périodes d'exacerbation conjoncturelles. Devant l'ampleur de la situation, l'Etat du Niger et ses partenaires au développement ont mis en place des dispositifs de prévention et de prise en charge de la malnutrition.

La situation nutritionnelle est préoccupante dans la région de Tillabéry avec un taux de MAG de 13,1% (9,9-17,1) de MAS de 2,5% (1,5-4,2) lors de la dernière enquête nutrition nationale chez les enfants de 6 à 59 mois réalisée en août 2015.

La région connaît régulièrement des déficits pluviométriques qui entraînent une insécurité alimentaire. L'insécurité au Mali a un fort impact sur le nord du district qui accueille en plus de nombreux réfugiés.

Le district sanitaire de Tillabéri est situé dans le sud-ouest du pays. Il est limité par le fleuve Niger à l'Ouest et le Mali au Nord. Il couvre une superficie de 8 715 km² et comptait 295 898 habitants en 2011. Le climat est de type sahélien avec une courte saison des pluies de 3 mois de juillet à septembre.

Près d'un quart des villages sont insulaires ou situés au bord du fleuve Niger.

La population se compose majoritairement de sédentaires (Zarmas, Sonrhaïs, Touareg et Peulhs sédentarisés) et également des éleveurs (Touareg, Peulhs).

La principale activité est l'agriculture (mil/riz), suivie de l'élevage et de la pêche.

Le District sanitaire de Tillabéri est constitué d'un Hôpital de District, 31 CSI et 69 cases de santé fonctionnelles. Les déficits en personnel, en moyen financier et logistique constituent encore le défi majeur à relever.

Cette investigation fait suite à celle effectuée au mois de novembre 2014 pour évaluer la couverture du programme PCIMA dans le district sanitaire de Tillabéry.

II. OBJECTIF DE L'ENQUETE

1. Objectif général.

L'objectif principal est d'évaluer la couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et d'identifier les barrières à l'accès aux soins dans les centres nutritionnels du district sanitaire de Tillabéry, au moyen d'une évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

2. Objectifs spécifiques.

- ▶ Analyser de l'évolution des barrières et de l'impact des activités mises en place à la suite de la SQUEAC standard
- ▶ Estimer l'évolution de la couverture
- ▶ Formuler des recommandations en fonction des résultats de l'évaluation pour améliorer l'accessibilité et la couverture du programme dans le district sanitaire de Tillabéry.

III. PROCESSUS DE L'ENQUETE ET RESULTATS

1. DONNEES QUANTITATIVES

Des Smartphones ont été utilisés pour la collecte de données quantitatives via l'application ODK collect gérée par la plateforme ONA.

- **Admissions des CRENAS et CRENI**

De janvier à novembre 2015, 6 132 enfants ont été comptabilisés dans les centres de prise de la MAS sans complications médicales dans le DS de Tillabéry soit une moyenne de 557 enfants par mois. 930 enfants malnutris aigus sévères avec complications ont été admis au CRENI du District dans la même période soit une moyenne de 85 par mois.

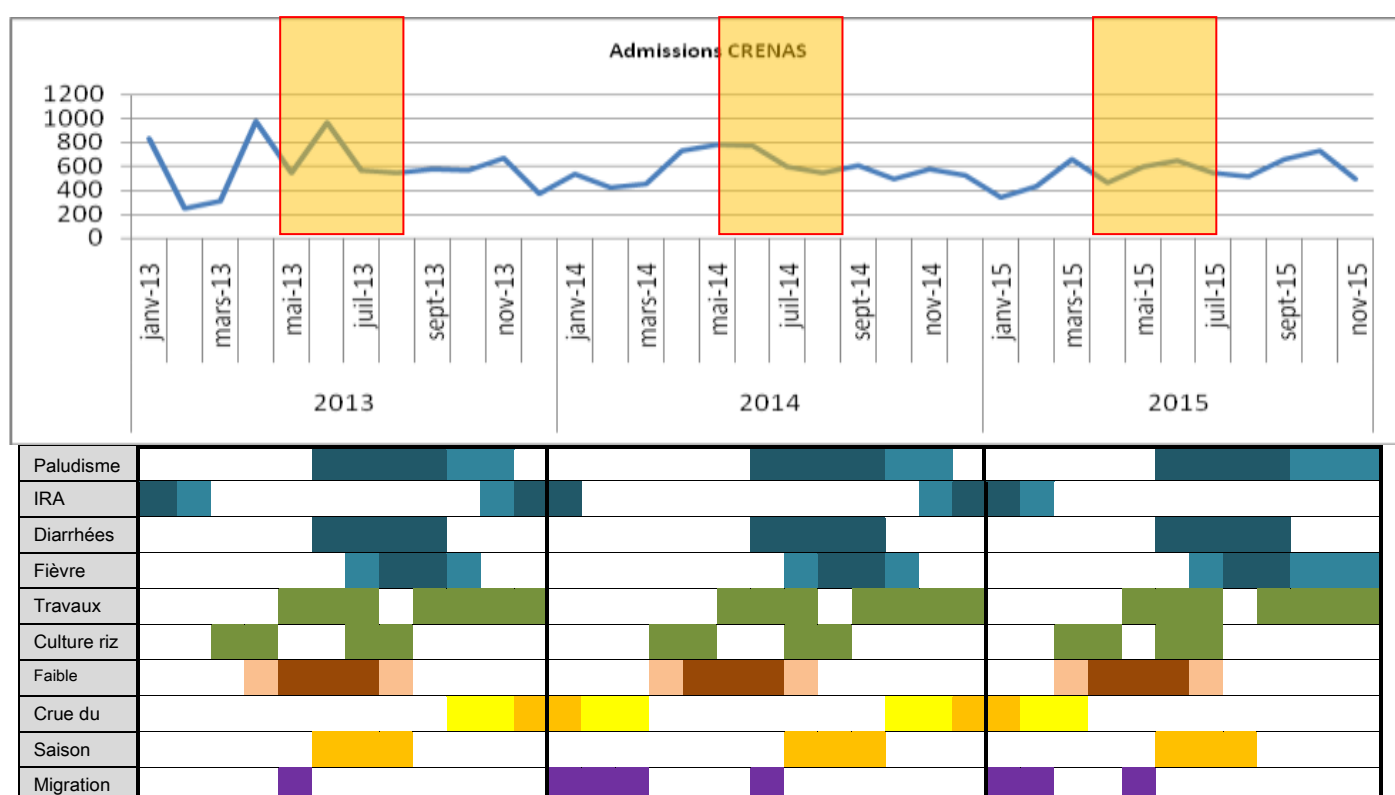


Figure 1: Evolution des admissions mensuelles au CRENAS en fonction du calendrier saisonnier

Les pics d'admission ont été observés au mois de mars (micro-dépistage actif dans 8 aires de santé), aux mois de mai-juin-juillet (période de soudure) et au mois de septembre-Octobre qui est une période de pic pour le paludisme.

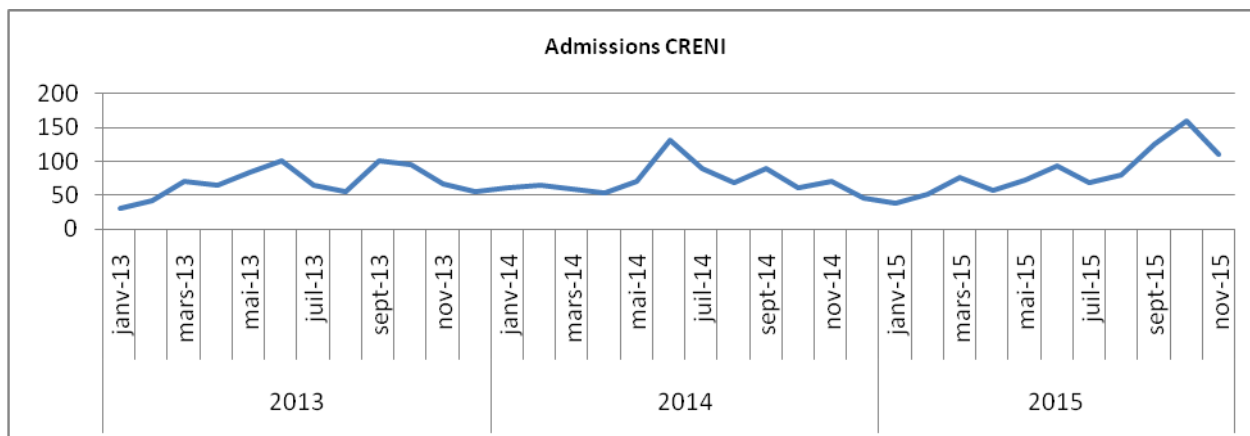


Figure 2: Evolution des admissions au CRENI du HD de Tillabéry de 2013 à 2015

Les admissions au CRENI du HD de Tillabéry de janvier à novembre 2015 suivent la même allure que les courbes d'évolution des admissions au niveau des CRENAS. Les pics les plus importants ont été observés dans les mois de septembre et octobre 2015 qui est une période de forte prévalence du paludisme dans la zone. Ce qui laisse présager une faible activité communautaire et un retard dans la prise en charge des enfants des cas MAS et donc une mauvaise couverture.

- **% de patients référés en soins hospitaliers :**

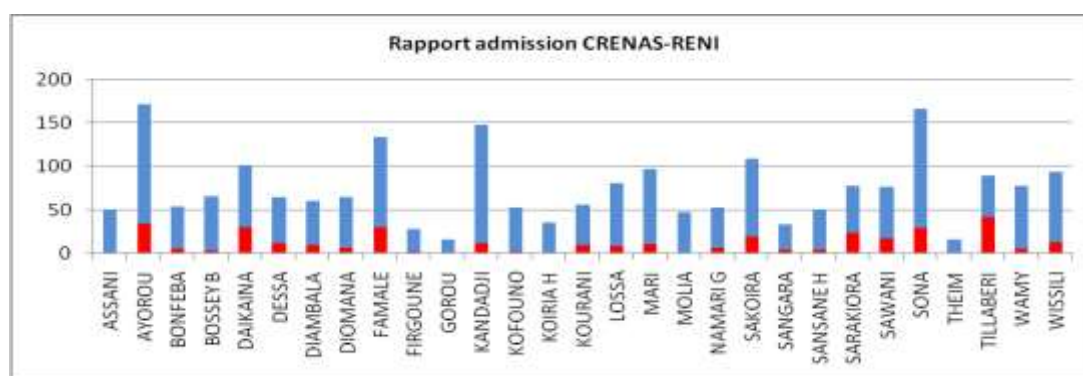


Figure 3: Rapport admission CRENI-CRENAS

L'analyse des données de référencement vers les soins hospitaliers a montré un taux moyen de 16%. Cet indicateur montre une mauvaise couverture de la prise en charge du fait que les cas MAS ne sont pas pris en charge précocement dans les structures de prise en charge en ambulatoire et a entraîné un état avancé de malnutrition chez ces enfants.

Ces taux de référés vers le CRENI sont au-delà de 20% dans certains CSI, Tillabéri Urbain, Sarakoiria, Daikaina, Sawani et Famalé, (figure 4). Ce qui laisse supposer une mauvaise couverture dans ces aires de santé soit du à un retard dans le dépistage actif communautaire cas ou une mauvaise prise en charge des enfants MAS dans ces CSI.

L'augmentation du taux de référencement des malnutris vers le CRENI d'Aout à Octobre peut s'expliquer par la période de pic paludisme. Cependant des investigations poussées doivent être effectuées afin d'expliquer ce fort taux de référencement en hospitalier. Ce taux de référés en hospitalier est supérieur à celui de 2014 qui était de 10%.

- **Rapport admission vs population :**

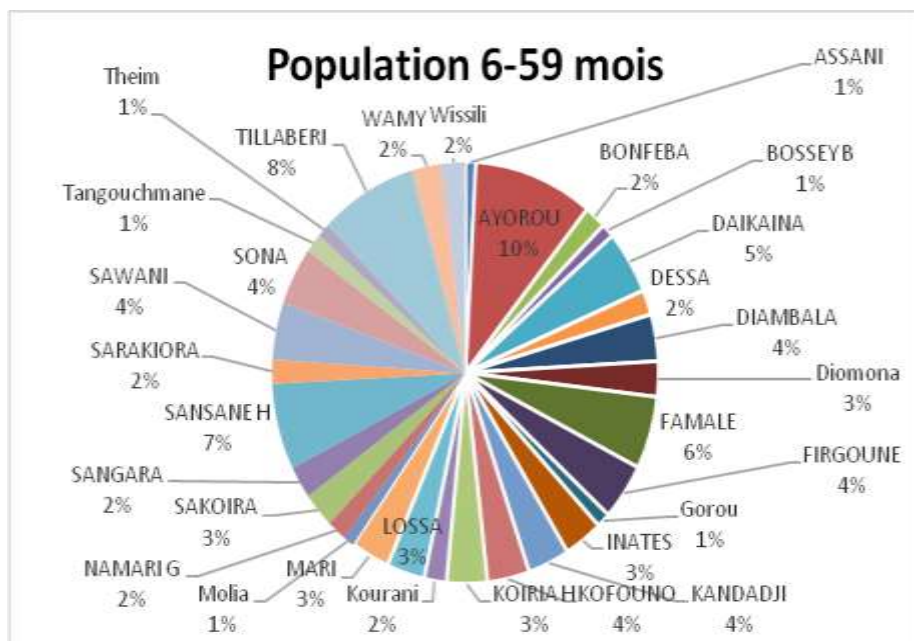


Figure 4: Proportion des 6-59 mois de chaque CSI

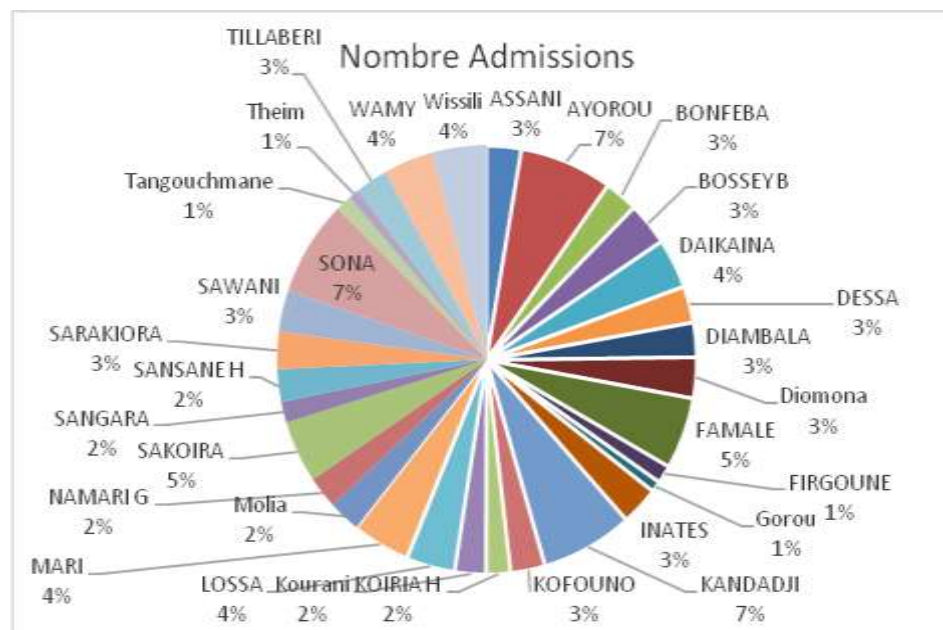


Figure 5: Proportion du nombre d'admission par CSI

Ces deux (2) figures résument l'analyse du rapport population sur le nombre d'admission et les hypothèses de couverture par CSI.

En comparant ces deux (2) figures (Figure 6 et 7), on peut classer les CSI en trois catégories:

- Catégories 1 : une hypothèse de couverture moyenne pour les CSI dont la proportion de 6-59 mois est équivalente à celle des enfants admis au CRENAS.
- Catégories 2 : une hypothèse de couverte faible pour les CSI qui ont reçu « moins » d'enfants admis que ce qui est attendu, vue le poids démographique de l'aire sanitaire.
- Catégories 3 : une hypothèse de couverture élevée pour les CSI qui ont reçu « plus » d'admissions qu'attendu.

Les taux d'admission par rapport aux populations des aires de santé sont faibles dans les CSI de Assani, Bonfeba, Bossey Bangou, Dessa, Kandadji, Kourani, Mari, Molia, Namari Goungou, Sakoiri, Sarakoiri, Sona, Wamy et Wissili. Ce ci suppose une couverture dans ces aires de santé du aux problème de barrières naturelles (distance, CSI ou villages insulaires), du dépistage communautaire, etc.

- **Evolution des indicateurs de performance**

Les indicateurs de performance se situent au-delà des normes fixées dans le protocole national en vigueur au Niger aussi bien aux CRENAS que dans le CRENI. Aux CRENAS, de janvier à novembre 2015 les taux de guérison, de décès et d'abandon sont respectivement 98,5%, 0,1% et 0,6% et au CRENI de HD le taux de guérison/Traités avec succès est de 94,5%, le taux de décès est de 3,4% et le taux d'abandon de 0,4%. Le taux de guérison dans les CRENAS est légèrement supérieur à celui de 2014 qui était de 97,35% et le taux d'abandon inférieur à 2014 qui était de 1.68%. Cette amélioration des indicateurs de performance supposent une bonne couverture de la prise en charge car peuvent susciter une motivation des parents à suivre la prise en charge et limiter les cas d'abandon.

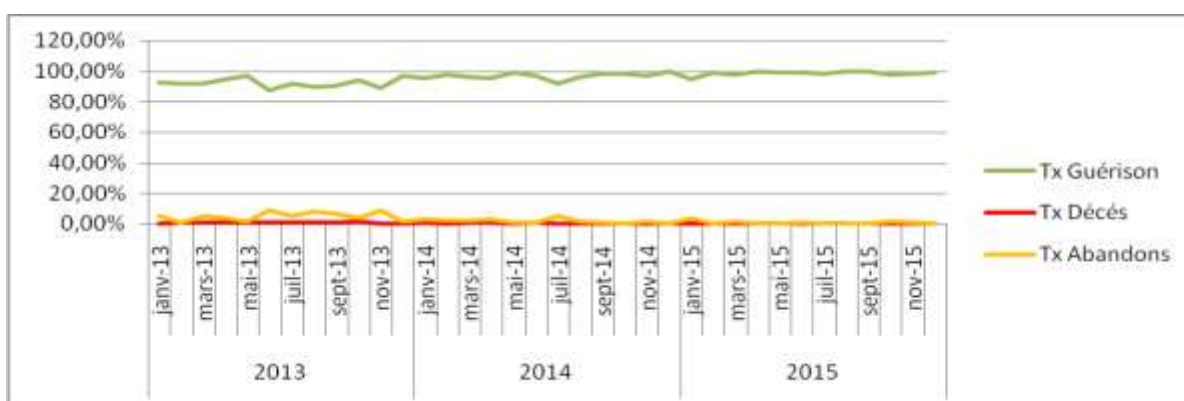


Figure 6: Indicateurs de performance CRENAS 2013 à 2015

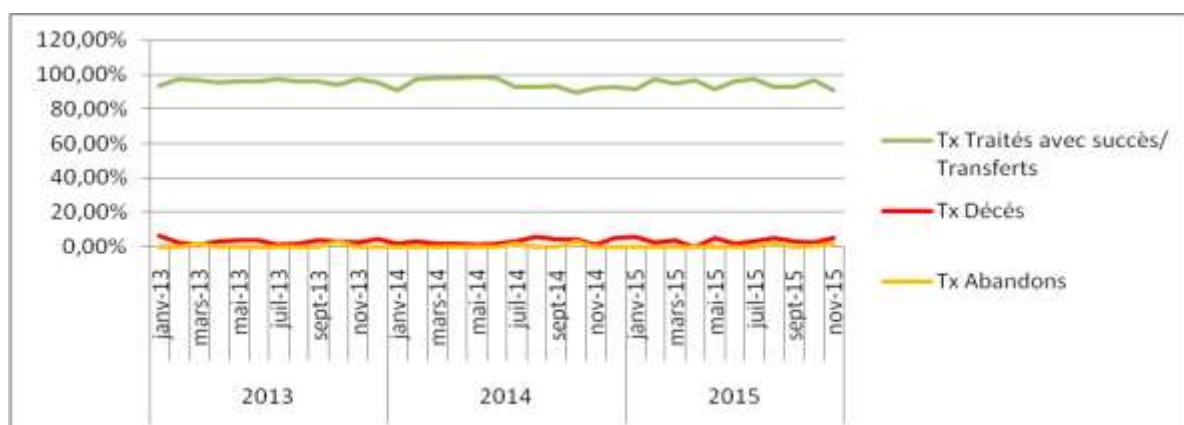


Figure 7: Indicateurs de performance du CRENI HD Tillabery 2013 à 2015

- **Pb à l'admission**

La médiane du Pb est de 110 mm qui révèle un état avancé de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 6-59 mois admis dans les CRENAS. Cet indicateur montre un retard de référencement des enfants au niveau communautaire, donc une insuffisance dans les activités de dépistage communautaire et par conséquent une couverture de la prise en charge faible (Figure 10). Nous pouvons constater que le Pb médian n'a pas évolué par rapport à 2014 et qui était de 110mm également. Cela va dans le sens d'une couverture stable entre 2014 et 2015 (pas d'évolution).

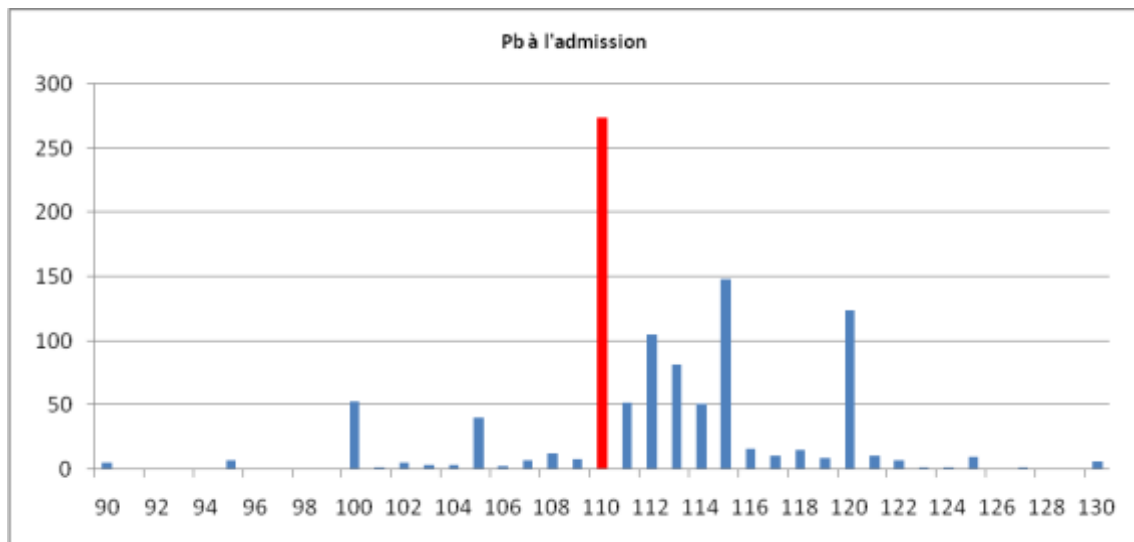


Figure 8: Pb à l'admission Aout-Septembre- Octobre 2015

L'analyse des admissions par CSI révèle que dans les CSI de Bonfeba, Daikaina et Diomana où les Pb médians sont inférieurs à 110 mm. Des investigations doivent être effectuées pour expliquer le retard dans le recours au traitement dans les CSI. Comparativement à 2014, les pb d'admission ont évolué dans les CSI de Gorou, Kofouno, Molia, Theim, Ayorou, Dessa et Sona qui se retrouvent dans l'hypothèse de couverture élevée en plus des Bossey Bangou, Sangara et Gorou qui étaient dans la couverture élevée en 2014.

- **Durée de séjour**

La durée médiane de séjour est de 5 semaines pour tous les CSI a sensiblement augmenté par rapport à 2014 qui était de 4 semaines. Bien que cela se situe dans les normes acceptables du protocole national en vigueur au Niger, c'est un recul par rapport à 2014 et aura un impact négatif sur la couverture.

Les CSI de Ayorou, Dessa, Sansané Haoussa, Sarakoiria, Sawani et Wamy ont enregistré des durées moyennes de séjour supérieures au seuil acceptable par le protocole. Ces indicateurs peuvent être un signe de faible couverture dans ces aires de santé car la durée de séjour élevée peut entraîner des abandons. Des investigations doivent être effectuées afin d'élucider les causes de ces durées de séjour importantes dans ces CSI .

La durée de séjour élevée peut être également liée au retard de référencement et de prise en charge des enfants MAS. Des dépistages précoces au niveau communautaire doivent être effectué afin d' enrôler rapidement les enfants diagnostiqués dans la malnutrition aigue.

- **Dépistage actifs de routine et micro-dépistage**

COOPI a organisé durant l'année 2015, en collaboration avec le DS de Tillabéry et la DRSP, 3 campagnes de micro-dépistages actifs en Mars, Juillet et Novembre qui ont montré des taux de couverture du dépistage respectivement 81%, 96% et 91%. Le taux de couverture des micro-dépistages actifs est de 90% sensiblement supérieure celui de 2014 qui était de 87%, ce qui laisse présager une amélioration de la couverture de la prise en charge.

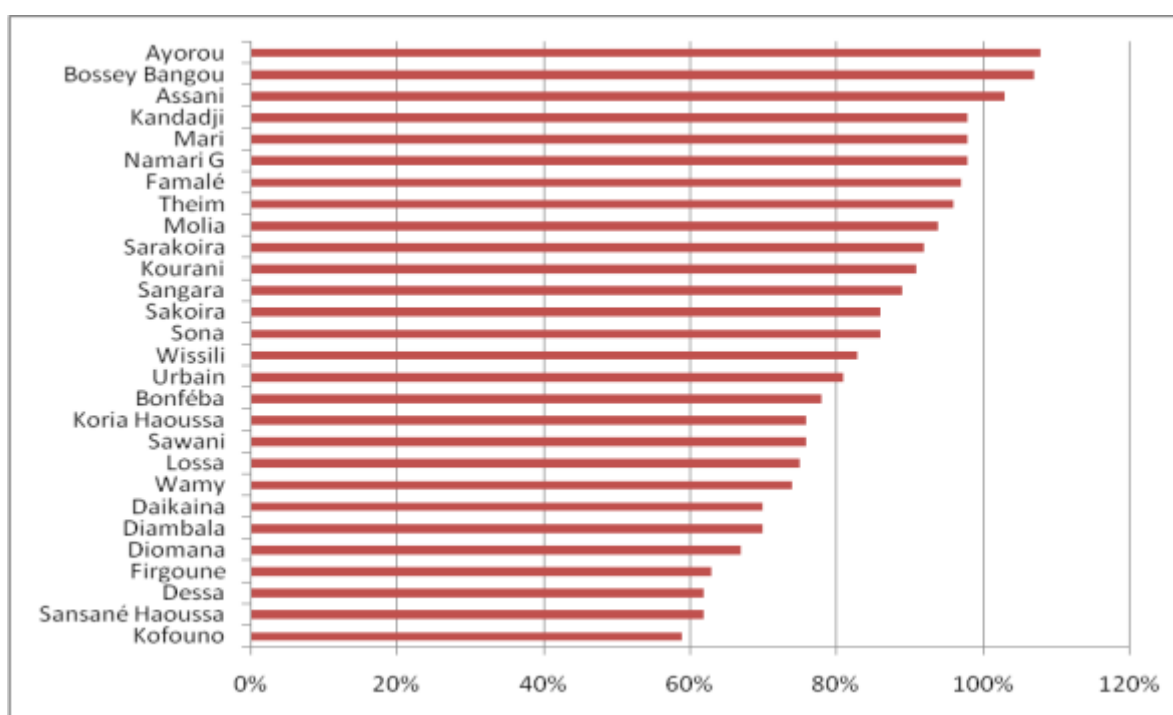


Figure 9: Taux de couverture de dépistage par CSI

Dans les CSI de Ayorou, Bossey Bangou et Assani les taux de couverture du dépistage dépasse, ce qui laisse penser au dépistage des enfants hors de la zone de l'aire de santé, à l'augmentation des populations avec l'arrivée des réfugiés (par exemple Ayorou) ou au comptage double de certains enfants.

Les dépistages actifs de routine sont effectués de façon continue par les relais communautaires au sein des villages, au moins un dépistage mensuel est organisé par aire de santé. Un total de 39.822 enfants de 6 à 59 mois a été touché de janvier à novembre 2015 sur une population totale 61.041 des enfants de 6-59 mois du District lors de ces dépistages dans 289 villages /hameaux sur les 586 villages/hameaux du District sanitaire de Tillabery. Ce nombre de villages touchés par les dépistages de routine suppose une couverture moyenne ou bonne de la prise en charge.

COOPI a identifié et initié à l'utilisation du MUAC à 36 mamans lumières (femmes volontaires et dont l'enfant a déjà fréquenté le CRENAS) pour assurer un dépistage

précoce dans la communauté. Cependant un suivi de leurs activités n'a pas été organisé par les équipes de COOPI.

- **Sensibilisation/IEC**

Les activités de sensibilisation ont touché **289** villages du District Sanitaire de Tillabéry. Un nombre total de **1.118** séances de sensibilisation ont été organisées dans ces villages dont **7.650** participants hommes, **15.102** femmes et **539** leaders communautaires constitués de maires, de leaders religieux, de chefs de quartier, de chefs de canton, etc. . Les thèmes abordés tournaient autour des points suivants : les PFE, l'ANJE, l'hygiène en lien avec les maladies diarrhéiques et le partage des intrants thérapeutiques. On constate par ailleurs une large participation féminine aux séances de sensibilisation par rapport aux hommes du fait justement de l'indisponibilité fréquente des hommes lors des passages des RC au niveau des ménages dû particulièrement aux activités économiques pour subvenir aux besoins de la famille. Ces activités de sensibilisation des autorités communales, administratives et les leaders communautaires sont effectuées pour une implication communautaire et l'appropriation des activités de nutrition par les communautés.

Dans le cadre des actions de mobilisation communautaire, COOPI a organisé une rencontre avec tous les maires des 9 communes des départements de Tillabéry et Ayorou et les préfets de Tillabéry et Ayorou en collaboration avec la DRSP et le DS sanitaire de Tillabéry. Ces différentes rencontres avec les autorités locales et les leaders communautaires s'articulaient autour des activités que mène COOPI pour une meilleure visibilité d'action, de l'enjeu de la malnutrition dans ce contexte actuel de crise financière mondiale et de la responsabilité qu'incombe les autorités locales dans la lutte contre la malnutrition.

- **VAD :**

Pour une efficacité du système de référencement et un suivi des enfants pris en charge dans les programmes nutritionnels, COOPI a mis en place un système de visites à domicile (VAD). 31 VAD de janvier à novembre 2015 ont été notifiées et l'analyse des supports révèle que les VAD sont faites uniquement pour les cas d'abandon, ce qui présage une faible couverture du programme du fait de la faible communication de la malnutrition dans la communauté lors des VAD.

Tableau 2: Tableau récapitulatif des données quantitatives

CSI	rapport admission CRENI/CRENAS	Admission vs population	Pb admission	séjour avant guérison	% dépistage	% pop touchées (Sensibilisation)	Indicateur performance	Conclusion hypothèse de couverture 2015	Conclusion hypothèse de couverture 2014
ASSANI									
BOSSEY B									
DIAMBALA									
FIRGOUNE									
GOROU									
KOFOUNO									
KOIRIA H									
KOURANI									
LOSSA									
MOLIA									
NAMARI G									
SANGARA									
SANSANE H									
THEIM									
WAMY									
WISSILI									
AYOROU									
BONFEBE									
DESSA									
DIOMANA									
FAMALE									
KANDADJI									
MARI									
SAKOIRA									
SARAKIORA									
DAIKAINA									
SAWANI									
SONA									
TILLABERI									

	Hypothèse de couverture
	faible
	moyenne
	élevée

L'analyse de ce tableau montre une amélioration des hypothèses de couverture des CSI, 16 CSI sont dans l'hypothèse de couverture élevée comparativement à 2014 où seulement 9 CSI étaient en couverture élevée.

Cependant les CSI de Daikaina, Sawani et Sona qui étaient en couverture élevée en 2014 se retrouvent dans la couverture faible en 2015. Les indicateurs rapport admission CRENI/CRENAS, Pb à l'admission, le % de populations touchées et les indicateurs de performance sont faibles en 2015 qui peut s'expliquer par le changement d'agents dans ces 3 CSI qui a été observé dans ces 3 centres en 2015 et à la faible des activités de dépistages communautaires.

2. DONNEES QUALITATIVES

• Echantillonnage

L'échantillonnage a deux degrés a été fait pour le choix des villages pour le recueil des données qualitatives :

- **Choix des aires de santé** : Un échantillonnage a deux degrés a été fait pour le choix des aires de santé

pour le recueil des données qualitatives. Les aires de santé ont été réparties premièrement en trois catégories : aire de santé complètement insulaire, aire de santé semi insulaire et semi terre ferme et aire de santé complètement terre ferme. Ddeuxièmement une répartition par commune a été effectuée, un CSI par commune a été choisi au hasard.

- **Choix des villages**: Deux (2) villages ont été retenus par aires de santé, afin de mieux harmoniser l'échantillonnage les critères suivant ont été retenus pour le choix de ces villages : Villages insulaires, villages sur terre ferme, admission vs population, distance du CSI et ethnique.

Au total 20 villages ont été retenus dans 10 aires de santé du district sanitaire de Tillabéry.

Les données qualitatives ont été collectées par des méthodes différentes et triangulées auprès de différentes sources.

Les méthodes qualitatives utilisées ont été les discussions de groupe, les entretiens individuels et l'observation au CSI. Les différentes méthodes utilisées ont permis de collecter les informations concernant les barrières et les boosters relatifs à la PCIMA. Les sources interviewées ont été des communautés femmes, les communautés hommes, les accompagnantes des enfants MAS, les tradipraticiens, les agents de santé, les leaders communautaires et les représentants du District Sanitaire de Tillabéry. Dans chacun des villages retenus pour la phase qualitative au moins un entretien par cible a été effectué, un entretien avec les agents de santé et une observation ont été faite au CSI.

Pour la collecte des données qualitatives, des guides d'entretien ont été adaptés afin d'orienter l'obtention d'information sur l'évolution des barrières issues de la SQUEAC de 2014. Un total de 79 entretiens a été effectué avec toutes les cibles dans les 20 villages. A la fin de chaque journée d'enquête, une restitution est faite à la fin avec toutes les équipes en utilisant l'outil BBQ.

Tableau 3: Barrières et boosters 2015

Barrières	Boosters
Traversée fleuve	Gratuité
Distance/Eloignement CSI	Efficacité du traitement
Accrue du fleuve/Menace Hippopotame	Disponibilité des intrants
Accessibilité en Saison pluvieuse	Appui activités foraines
Problème d'argent	Elargissement PEC des CS/agent qualifié
Absence d'agent de santé	Implication mari/Chefs de villages
Exode/déplacement	Sensibilisation CSI et au niveau communautaire
	Distribution du savon aux familles des enfants malnutris

Les principales barrières d'accès aux soins identifiées lors de cette investigation sont :

- Problème d'accessibilité :

Les problèmes d'accès aux soins sont liés aux barrières naturelles telles que la distance des localités des centres de prise en charge, la traversée des fleuves, la menace Hippopotame dans les zones insulaires et un problème d'accès en saison hivernale. Ces problèmes d'accès sont dus à l'insuffisance des centres de prise en charge (les centres de prise ne sont pas encore très rapprochés des populations) et encore une faible implication communautaire.

- Problème de moyens :

Il est ressorti lors de cette investigation, un problème de moyen financier pour les travers du fleuve ou le déplacement de certains patients des localités distantes des CSI afin de participer au traitement de la malnutrition.

- Faible implication communautaire :

Suite aux recommandations de la SQUEAC de 2014, COOPI a mis en place une expérience pilote dans une aire de santé de Diambala et les populations ont pris certains engagements communautaires par rapport certaines barrières aux soins identifiées en 2014 telles que le transport des enfants malnutris, le refus des maris, la méconnaissance de la malnutrition/programme. Cependant cette activité reste encore très limitée et l'implication communautaire reste toujours faible.

Les activités de dépistage et de sensibilisation communautaires sont toujours assurées par les relais communautaires , ce qui ne va pas encore pour une appropriation des activités par les communautés.

1. Détermination du Prior

Tableau 4: Pondération des barrières et boosters

Barrières	Pondération 2015	Pondération 2014	Boosters	Pondération 2015	Pondération 2014
Traversée fleuve	3,1	4,4	Gratuité	4,7	4,8
Distance/Eloignement CSI	3,3	3,7	Efficacité du traitement	4,4	4,3
Accrue du fleuve/Menace Hippopotame	2,7	4,4	Disponibilité des intrants	4,4	
Accessibilité en Saison pluvieuse	3,0	4,4	Appui activités foraines	3,1	
Problème d'argent	2,9	1,3	Elargissement PEC des CS/agent qualifié	3,7	4,1
Absence agents de santé	2,3	2,8	Implication mari/Chefs de villages	2,9	3,3
Exode/déplacement	1,4	1,4	Sensibilisation CSI et au niveau communautaire	3,6	3,4
			Distribution du savon aux familles des enfants malnutris	2,6	
TOTAL	18,7			29,4	

Boosters et Barrières (BBQ): Les boosters et les barrières ont été pondérés en fonction de leur poids présumé sur la couverture. Le processus de pondération était participatif, chaque enquêteur et superviseur a attribué une note de 1 à 5 (1 minimum à 5 maximums) à chaque barrière/booster. La somme des points correspondant aux boosters a été additionnée à la couverture minimale (0%), et la somme des points correspondant aux barrières a été soustraite de la couverture maximale (100%)

$$\text{Prior} = [(100-18,7) + (0+29,4)]/2=55,4\%\approx 55\%$$

Le Prior 55,4% a été arrondi à 55% et la distribution $\alpha=19,1$ et $\beta=15,6$ (avec une incertitude de ± 25) de la Probabilité a Priori sont représentés sous forme de courbe au moyen de la calculatrice de Bayes nous a permis d'obtenir l'échantillon de cette enquête 56. α et β ont été obtenu à l'aide du guide FANTA.

2. Enquête sur grande zone

a. Echantillonnage :

Pour compléter l'analyse des données quantitatives et qualitative, une enquête sur la grande zone a été menée par la méthode de la recherche active et adaptative et la taille de l'échantillon minimum à atteindre a été calculée ainsi que le nombre de village à enquêter.

Le calculateur Bayes nous a indiqué que la taille de l'échantillon souhaitable se situe à 56 enfants MAS . On devra donc rechercher au moins 56 enfants MAS dans les 23 villages et hameaux échantillonnés pour la recherche active des cas.

Les 23 villages à investiguer pour trouver ces 56 enfants MAS est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$nvillages = \left\lceil \frac{n}{\text{population moyenne par villages tous les âges} \times \frac{\text{pourcentage de la population 6 - 59 mois}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100}} \right\rceil$$

nvillages= Nombre de villages à enquêter

n = Echantillon =56 enfants

Population moyenne par village/hameaux= Population totale de la zone/ Nombre de villages et hameaux= 477 habitants

Pourcentage de la population comprise entre 6 et 59 mois = 20,6%

Prévalence MAS = 2,5% [1,5-4,2]

La sélection des villages et hameaux parmi les 586 villages et hameaux du district sanitaire de Tillabéry (Inatess et Tangoushmane exclus qui sont dans la zone d'insécurité) a été effectué en appliquant la technique d'échantillonnage à l'aide d'un échantillon spatialement stratifié et en suivant un pas de sondage de 25 des villages/hameaux alignés après le choix aléatoire du premier village à enquêter.

b. Recherche active des cas :

Les cas MAS ont été recherchés, en utilisant la recherche de cas active et adaptative et les données recueillis ont été envoyés par Smartphones dans un serveur conçu à cet effet.

Sept (7) équipes de 2 enquêteurs ont mené une enquête de 3 jours par la recherche active et adaptative avec le dépistage au MUAC et la recherche des œdèmes nutritionnels au niveau des 23 villages/hameaux sélectionnés.

Les résultats obtenus lors de cette recherche active des cas sont présentés sur le tableau suivant :

Tableau 5: Résultats de la recherche active des cas

Type de cas	Nombre de cas
Nombre de cas MAS actuels:	41
Nombre de cas MAS actuels couverts:	26
Nombre de cas MAS actuels non couverts	15
Nombre de cas en voie de guérison:	18

Un total de 41 cas MAS ont été identifiés dans les 23 villages et hameaux de l'enquête sur la recherche active des cas. Ce chiffre n'a pas atteint l'échantillon de notre enquête qui est de 56 cas MAS.

Les causes pour la non prise en charge pour ces cas MAS sont soit : la case de santé sur place ne fait pas la PEC pour la MAS, la mobilité des populations surtout en période pluviale, la distance de la localité d'origine des enfants du CSI et également l'insularité de certains villages.

c. Estimation de la couverture actuelle :

La couverture actuelle représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère (PB < 115 mm).

Donc, le calcul de l'Evidence Vraisemblable utilise les données de l'enquête sur la recherche active selon la formule suivante:

$$= \frac{\text{Nombre de MAS actuels couverts}}{\text{Nombre de cas MAS actuels (couverts et non couverts)}}$$

Le numérateur (26) et le dénominateur (41) sont saisis dans la calculatrice de Bayes pour aboutir à l'estimation de la couverture actuelle.

Sur la base de la Probabilité à Priori et des données de l'enquête (Évidence Vraisemblable), la couverture actuelle est ainsi estimée à **59.8% [IC 95% : 48.8% - 70.2%]** saisi avec la calculatrice de bayes avec une précision de 10%. La représentation graphique de la couverture de la période est présentée dans le graphique suivant (figure 14).

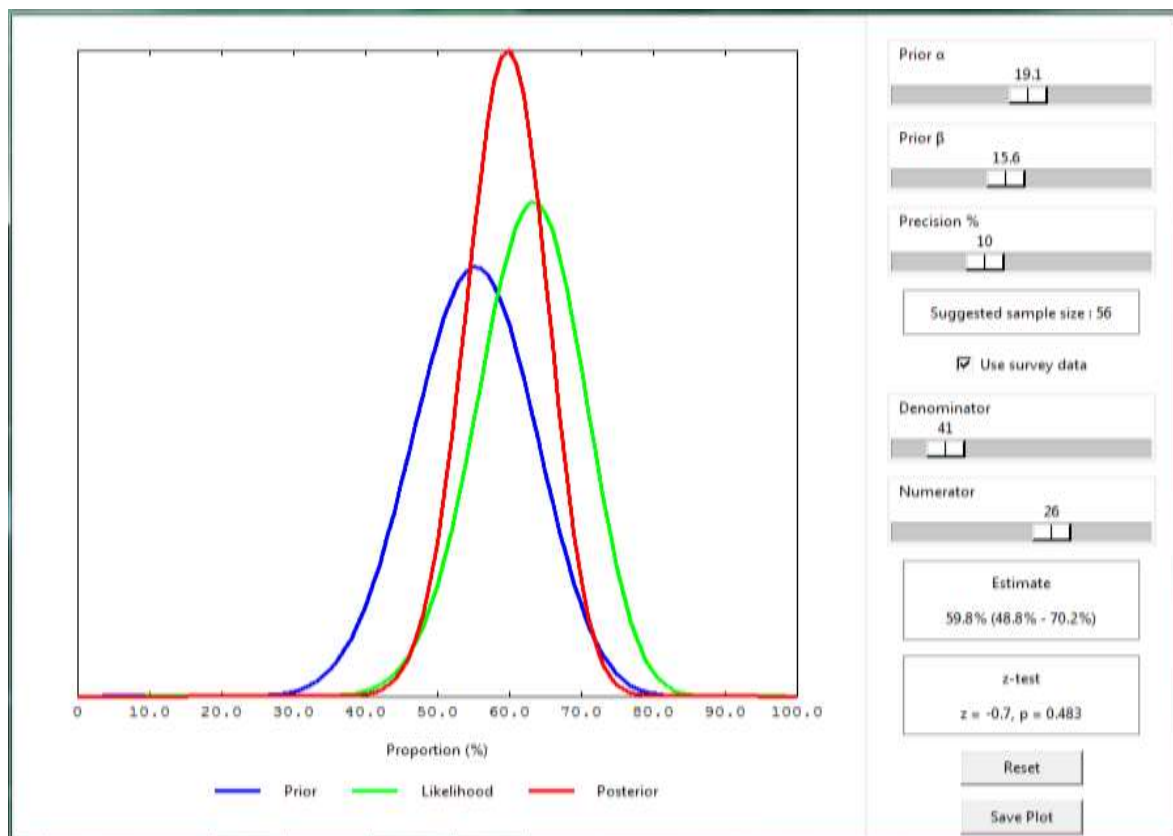


Figure 10: Représentation graphique de la couverture actuelle

- **Analyse des résultats pour les cas couverts et non couverts**

Un questionnaire a été soumis aux accompagnantes/mères des cas MAS couverts et non couverts. 81% des mères des enfants couverts déclarent que leur enfant a été admis pour la première fois dans le programme de prise en charge de la malnutrition. 19,2% (5) des cas couverts ont été réadmis pour une deuxième fois dont 80% (4) à cause de leur rechute suite à une maladie de l'enfant et 20% (1) suite à l'abandon au programme du à un problème de traversée du fleuve. 81% des mères disent avoir inscrit leur enfant au programme car elles sont conscientes qu'il est malade.

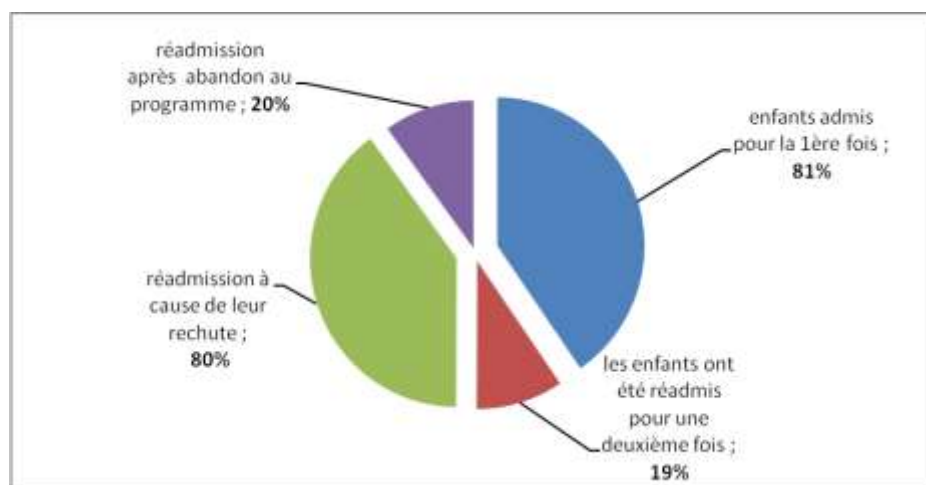


Figure 11: Nombre d'admission et causes de réadmission pour les cas couverts

Pour les cas non couverts, 73% des mères pensent que leur enfant est malade mais 36% des mères ne savent pas la cause de cette maladie. 92% de ces femmes savent qu'il existe un service pour la prise en charge de la malnutrition et 60% déclarent ne pas avoir amené leur enfant au programme de prise en charge à cause soit du manque de moyens pour le déplacement, de la distance du CSI ou la maladie de l'accompagnante.



Figure 12: Connaissance de la malnutrition et du programme.

Les principales barrières pour la non couverture des enfants MAS identifiés lors de cette enquête sont représentées sur le graphique suivante :

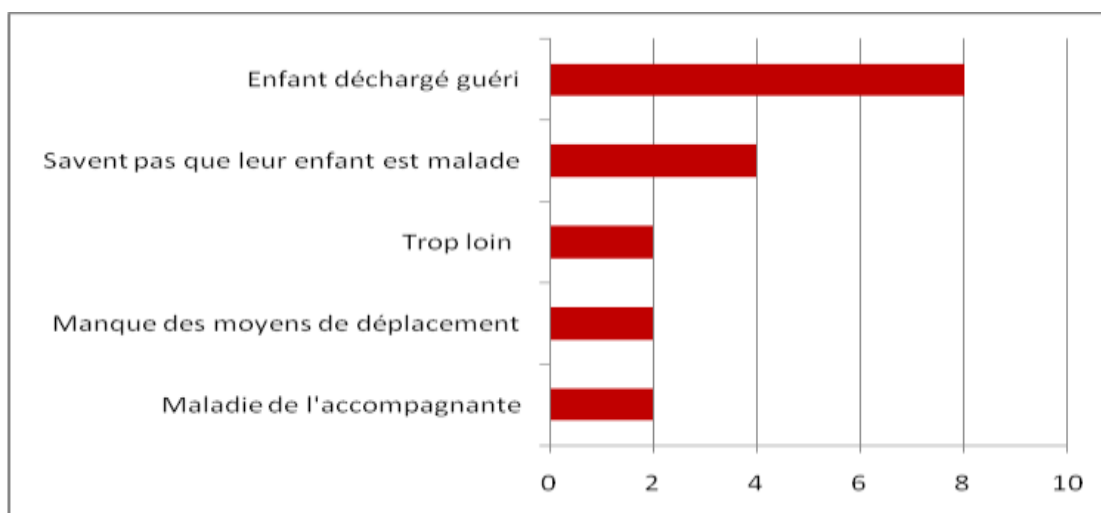


Figure 13: Les causes de non couverture

53% des enfants MAS non couverts sont des déchargés guéris du programme et 27% des mères ne savent pas du tout que leurs enfants sont malades. 63% des cas déchargés guéris ont quitté le programme de prise en charge juste un mois.

Des investigations poussées doivent être menées afin de mieux comprendre pour quoi les rechutes après les décharges guéries, si les critères de guérison ont été respectés et le suivi à domicile.

IV. DISCUSSION

L'enquête SQUEAC suivi fait suite à une SQUEAC standard réalisée en novembre 2014. Les résultats de cette SQUEAC suivi ont permis de suivre le niveau d'exécution du plan d'action des recommandations issues de la SQUEAC standard et d'actualiser la couverture du programme nutrition dans le DS de Tillabery.

Les résultats issus de cette évaluation du programme nutritionnel dans le DS ont abouti à une estimation de couverture actuelle du programme PECIMA de **59.8% [IC 95% : 48.8% - 70.2%]**. Ce taux de couverture se situe dans les références SPHERE fixé à > 50% en milieu rural. Cette couverture actuelle du programme est sensiblement supérieure à celle de l'enquête SQUAEC standard de novembre 2014 qui avait estimé la couverture ponctuelle à **52,8% (IC 95% : 42,7 - 62,7)**. Cependant, du point de vue statistique la différence n'est pas significative entre ces deux évaluations.

L'analyse des données quantitatives montre une amélioration sur les hypothèses de couverture pour une bonne partie des CSI par rapport aux données de la SQUEAC de novembre 2014. Les évolutions ont surtout été constatées au niveau de certains indicateurs tels que le pourcentage d'enfants dépistes, Certains indicateurs sont restes stable comme le PB médian à l'admission et d'autre, ont, au contraire reculer comme la durée de séjour avant guérison (passage de 4 a 5 semaines).

Un total de 4 CSI sont dans les hypothèses de couverture faible, ceci dénote une nette amélioration par rapport aux données de la SQUEAC de l'année dernière dont 10 CSI étaient à couverture faible.

On note, cependant, que deux CSI (Daikaina et Sona) qui étaient dans les hypothèses de couverture élevée l'an dernier et sont retombés dans les couvertures faibles pour 2015. Six CSI sont passés de la catégorie « moyen » a « faible » entre 2014 et 2015.

Cette évolution hétérogène peu expliquer en partie, pourquoi l'évolution entre les deux enquêtes n'a pas été significative et montre la nécessité de poursuivre pour améliorer la qualité de la prise en charge dans les CSI et pour avoir une meilleure implication et réactivité de la communauté.

Parmi les barrières d'accès à la couverture ressorties lors de la SQUEAC de 2014, il y a la rupture du PPN, la méconnaissance de la malnutrition, le refus des maris, la diarrhée, jour unique de prise en charge, le mauvais accueil et le recours à la médecine traditionnelle ont beaucoup amélioré après cette phase de recueil des données.

Les résultats de cette SQUEAC suivi montrent une amélioration dans la mobilisation communautaire et le suivi des recommandations de la SQUEAC de 2014.

Il a ainsi été organisé une rencontre à Tillabery avec tous les maires des 9 communes et les préfets de Tillabery et Ayorou en collaboration avec la DRSP et le DS de Tillabery pour les sensibiliser au problème et à la réalité de la malnutrition dans le district en vue d'avoir leur engagement.

Des rencontres ont été également organisées dans toutes les collectivités de Tillabery afin de susciter leur implication dans les activités de lutte contre la malnutrition. Egalement une aire de

santé pilote a été choisi afin d'évaluer l'implication communautaire et des engagements communautaires ont été obtenus en rapport à certaines barrières d'accès aux soins.

Des mamans lumières ont été également identifiées (femme ayant un enfant qui a été pris en charge au CRENAS et qui se porte volontaire) à l'utilisation du MUAC pour un dépistage précoce des enfants dans leurs communautés.

Une rencontre de sensibilisation a été effectuée dans chaque village mère de l'aire de santé sur les thèmes de l'allaitement maternel, les causes et conséquences de la malnutrition.

La couverture de la prise en charge est faible dans certains villages à cause de l'éloignement de la localité du CSI, absence de case de santé et déplacement des populations surtout pendant la saison pluvieuse pour s'installer dans les zones de culture malgré l'élargissement des activités de prise en charge de la MAS dans les cases de santé fonctionnelles avec les agents qualifiés.

La mise en place d'un personnel qualifié dans les cases de santé a permis l'élargissement des actions de PEC de la MAS au niveau de certaines cases de santé du DS de Tillabery.

V. RECOMMANDATIONS

Aux vues des barrières d'accès aux soins identifiées lors de cette SQUEAC suivie, les recommandations suivantes sont formulées :

Recommandations	Responsable de l'activité
Mettre en place des agents de santé qualifiés dans les cases de santé des zones insulaires et les villages lointains des CSI pour assurer la prise en charge des enfants MAS et élargir la couverture de prise en charge	DS/MSP
Sensibiliser les leaders communautaires des zones insulaires et susciter leur implication dans la lutte contre la malnutrition	Mairie/chef de Village/DS
Renforcer les activités de dépistages actifs à travers la formation des mères PB, les leaders communautaires à l'utilisation du MUAC pour pallier au retard de prise en charge.	Chef de Village/groupement dans les villages
Renforcer l'appui aux activités foraines organisées de façon mensuelle dans les aires de santé afin d'augmenter la couverture des activités du dépistage, sensibilisation et la prise en charge des cas malnutris.	DS/Mairie
Impliquer les leaders communautaires et les communautés dans les activités de lutte contre la malnutrition (dépistage, sensibilisation, etc) pour une pérennité des actions	Mairie/préfecture

✓