



RAPPORT D'ÉVALUATION SQUEAC DISTRICT SANITAIRE DE FADA N'GOURMA



FADA, BURKINA FASO

Mars 2017



REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette investigation : les autorités sanitaires et administratives de la province du Gourma pour leur accompagnement, les agents de santé des CSPS visités ainsi que les personnels d'ONG ou d'association qui ont reçu nos équipes d'investigateurs pour leur disponibilité et contribution à la collecte des données, enfin les communautés pour leur collaboration et participation active.

A toute l'équipe d'investigation pour leur participation enthousiaste et dévouement dont ils ont fait preuve durant toute l'activité. Un remerciement spécial à Mme YABRE Mariam de la Direction de la Nutrition pour son appui technique à la réalisation de l'évaluation SQUEAC.

Enfin, nous disons merci à Aziz GOZA et Hugh Lort-Phillips de Action contre la Faim Uk pour leur appui technique à distance.



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES	3
ACRONYMES	4
RESUME EXECUTIF	6
I. INTRODUCTION	7
1.1. PRESENTATION DU DISTRICT DE FADA.....	7
1.2. CONTEXTE	8
1.2.1 Situation nutritionnelle dans la région de l'Est	8
1.2.2 Organisation du système de santé et de la PCIMA dans le district.....	8
1.2.3 Historique de l'intervention d'ACF dans le Gourma	9
II. OBJECTIFS	10
2.1 OBJECTIF GENERAL :.....	10
2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	10
III. METHODOLOGIE.....	11
3.1. APPROCHE GENERALE.....	11
3.2. LIMITES DE L'EVALUATION.....	11
3.3. ETAPES.....	12
Etape 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité.....	12
Etape 2 : Confirmation des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones	13
Etape 3 : Estimation de la couverture globale.....	14
IV. RESULTATS	16
4.1. ETAPE 1	16
4.1.1. Analyse des données du programme.....	16
4.1.2. Analyse des données qualitatives.....	23
4.2. ETAPE 2	26
4.3. ETAPE 3	27
Construction de l'évidence vraisemblable	29
V. DISCUSION	33
VI. RECOMMANDATIONS ET PLAN D' ACTIONS.....	35
VII. CONCLUSION.....	39
Liste des graphiques.....	40
Liste des tableaux.....	40
Liste des annexes	41



ACRONYMES

ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ASDI	Agence Suédoise de Coopération Internationale pour le Développement
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BBQ	Barrières, Boosters et Questions
CHR	Centre Hospitalier Régional
CISSE	Centre d'Information Sanitaire et des Statistiques
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNS	Consultation du Nourrisson Sain
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRED	Direction Régionale de l'Economie et du Développement
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre du District
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MS	Ministère de la santé
MUAC	Middle Upper Arm Circumference (Circonférence de la mi-hauteur du bras)
OCADES	Organisation Catholique pour le Développement Economique et Social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial



PCA	Prise en Charge Ambulatoire
PCI	Prise en Charge en Interne
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
P/T	Poids/Taille
PPN	Plumpy Nut
S3M	Simple Spatial Sampling Method
RAAC	Recherche Active et Adaptative des Cas
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RP	Responsable Programme
SMART	Standardized Monitoring and assessment of Relief and Transition
SQUEAC	Semi-quantitative Evaluation of Access and Coverage (évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture)
TPS	Tradi-Praticiens de Santé
VAD	Visite à Domicile



RESUME EXECUTIF

Selon l'enquête SMART de 2016 la région de l'Est enregistre une prévalence selon le P/T de 8,6 % (6,2-11,7) pour la MAG et de 2,4 % (1,4-4,3) pour la MAS. Le district sanitaire de Fada est l'un des six (06) districts de la Direction régionale de l'Est et compte une population de 416603 habitants dont les enfants de 6-59 mois représentent 18,55%.

Action contre la Faim appuie le district de Fada depuis 2012 à travers des activités de prévention et prise en charge de la malnutrition grâce à des financements de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale pour le Développement (ASDI). Le programme du dernier financement a pris fin en mars 2017. C'est dans le but de mesurer la couverture de prise en charge des MAS que la présente SQUEAC a été organisée.

Réalisée du 20 février au 20 mars 2017, l'investigation a estimé la couverture unique à 52,0% [IC, 95% : 44,6%-59,3%].

Plusieurs barrières ont été identifiées pour lesquelles des recommandations ont été formulées à l'endroit du district sanitaire.

Parmi les barrières nous pouvons retenir entre autres :

- Faible connaissance de la malnutrition (surtout le kwashiorkor souvent assimilé à un phénomène mystique)
- Difficulté d'accès au centre de santé et de promotion sociale (distance trop longue, Inaccessibilité en saison hivernal)
- Mauvais accueil des femmes par les agents de santé pendant les séances de suivi (insuffisance de communication, comportement peu courtois envers les bénéficiaires)
- Insuffisance de ressources humaines (Limitations d'offres de service, surcharge du travail des agents de santé)
- Absence de mécanisme de suivi des références vers le centre hospitalier régional
- Faible implication des hommes aux séances de sensibilisation (maris, comité villageois de développement,...)
- Mauvaise utilisation de l'Aliment thérapeutique prêt à l'emploi (mélange de l'Aliment thérapeutique prêt à l'emploi l'ATPE avec la bouillie et chauffage, puis l'enfant est laissé seul pour consommer, partage de la ration avec les enfants de la coépouse et la mère de l'enfant malnutri aigue sévère)
- Insuffisance de coordination des activités communautaires
- Faible nombre d'agent de santé à base communautaire Peulh

Quant aux recommandations formulées il s'agit essentiellement de :

- Renforcer les activités de communication sur la malnutrition et le programme PCIMA à l'endroit de la communauté
- Renforcer les activités communautaires
- Améliorer la coordination entre les différentes formations sanitaires
- Améliorer la qualité et l'organisation des services au niveau CSPS
- Impliquer davantage les hommes et les groupes minoritaires (surtout les peulh) dans les activités PCIMA
- Améliorer la coordination des acteurs intervenant dans le domaine de la PCIMA



I. INTRODUCTION

1.1. PRESENTATION DU DISTRICT DE FADA

La province du Gourma est une circonscription administrative comprenant 6 départements et 486 villages, hameaux et secteurs. En plus, elle renferme six collectivités territoriales (dont une commune urbaine à Fada et cinq communes rurales à savoir Diabo, Diapangou, Matiacoali, Tibga et Yamba). Fada N’Gourma, chef-lieu de la province abrite l’ensemble des services administratifs et techniques déconcentrés de l’Etat.

La province du Gourma, d’une superficie de 11 200 km², est limitée à l’Est par la province de la Tapoa, à l’Ouest par la province du Kouritenga, au Sud par les provinces du Koulpelgo et de la Kompienga, au Sud-Ouest par la province du Boulgou, au Nord par la province de la Komondjoari et au Nord-Ouest par la province de la Gnagna.

La population du Gourma est estimée en 2016 à 416603 habitants (données du recensement de 2006 réactualisées).

La situation économique de la province est caractérisée par une économie de subsistance à cause de la faible disponibilité des moyens de production modernes. Elle repose en grande partie sur les activités agropastorales qui contribuent à plus de 80% de l’économie.

La population autochtone est composée essentiellement de Gourmantchés (68%), à laquelle s’ajoutent un certain nombre de groupes ethniques que sont les Mossi (15%), les Peulhs (14%), les Haoussa et les Djerma.

Au plan éducatif, le taux brut de scolarisation était de 66,72 % pour l’année scolaire 2015-2016.

Sur le plan sanitaire, le district de Fada couvre tout le territoire administratif de la province du Gourma. Il est l’un des six (06) districts que compte la direction régionale de l’Est.

En 2016, il comptait quarante-deux (42) formations sanitaires (FS) publiques fonctionnelles et deux (02) CREN dont celui du Centre hospitalier régional (CHR) de Fada et l’autre à Diabo.

Cinq (05) autres CSPS sont en cours d’ouverture (Lorgho, Zanré, Bassimbili, Boungou, Komangou) pour cette année 2017.

Le ratio habitants/FS était de 9919 habitants/FS en 2016 contre 10095 habitants/FS en 2015. Le rayon moyen d’action est évalué à 9,22 km en 2016 (CISSE Fada).

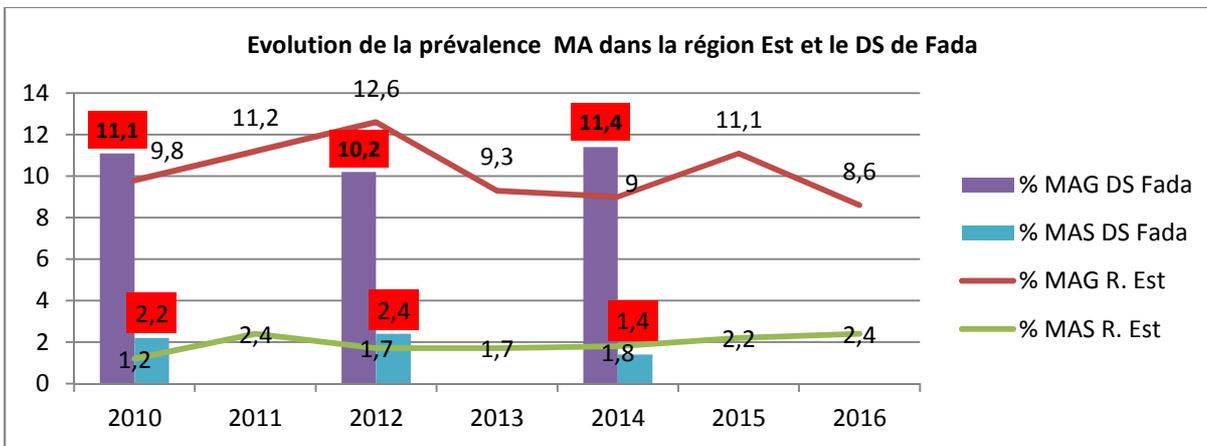


Carte sanitaire du DS de Fada

1.2. CONTEXTE

1.2.1 Situation nutritionnelle dans la région de l'Est

Graphique 1 : Evolution des prévalences de la MA au cours des 6 dernières années dans la région de l'Est



Sources : Rapports SMART 2010-2016

Au cours de la période de 2010 à 2016, on note une évolution en dent de scie de la MAG au niveau de la région de l'Est et dans le district de Fada. Pour la région, on note toutefois une baisse de 1,2 point entre 2010 et 2016.

Pour la MAS on observe cependant une situation plus ou moins stable avec tout de même une augmentation de 0,2 point entre 2010 et 2016 dans la région de l'Est.

1.2.2 Organisation du système de santé et de la PCIMA dans le district

Le district sanitaire de Fada à l'instar des autres du Burkina Faso est le niveau opérationnel de mise en œuvre des activités à travers les formations sanitaires. Il est dirigé par une équipe cadre du district (ECD) chargé du suivi de la mise en œuvre des politiques sanitaires du pays, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités menées sur le terrain.



Un paquet minimum est défini et constitue le paquet d'activités que chaque formation sanitaire doit réaliser. Ce paquet prend en compte l'ensemble des soins curatifs préventifs et promotionnels afin d'assurer un état de santé optimale pour la population. Pour ce faire, le CSPS est le premier niveau de soins. Le Centre Hospitalier Régional (CHR) est le centre de référence pour le traitement des pathologies qui exigent un plateau technique plus adapté.

La PCIMA, à l'instar d'autres programmes suit le même schéma et les mêmes principes de gestion : activités en routine dans les CSPS, références des cas compliqués au CHR/CREN.

En matière d'évaluation de la couverture, le district sanitaire a déjà bénéficié de deux (02) études donnant respectivement les couvertures suivantes : 19.9% (95% IC 10.6% - 32.3%) en 2012 ; 48% [IC 95% : 37,6%-58,4%] en 2014.

1.2.3 Historique de l'intervention d'ACF dans le Gourma

En 2011, les récoltes ont été très mauvaises au Burkina Faso, particulièrement dans la région de l'Est. L'irrégularité spatio-temporelle de la pluviométrie avait créé des poches de sécheresse et le gouvernement avait déclaré 146 municipalités comme étant menacées d'insécurité alimentaire dont les communes de Diabo et de Matiacoali dans le Gourma.

Dans ce contexte, il était urgent de réduire le risque de malnutrition chez les enfants pendant la période de famine, et de garantir les soins et les traitements nutritionnels adéquats aux enfants malnutris tout en renforçant les capacités des agents et centres de santé. Action contre la Faim a donc mis en place un projet intitulé « Réponse nutritionnelle d'Action contre la Faim à la Crise du Sahel de 2012 au Burkina Faso » ; grâce au financement de l'agence suédoise de coopération internationale pour le développement (ASDI).

La mise en œuvre de ce projet de mars 2012 à avril 2013 a permis d'identifier de nouveaux besoins en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition pour la province du Gourma. Ainsi l'appui d'Action contre la Faim s'est poursuivi avec une extension des activités à toute la province et un accroissement du volume des activités toujours avec le même bailleur à travers la deuxième phase du projet. Les principales activités réalisées dans le cadre de ce projet étaient l'appui au district sanitaire de Fada dans la prise en charge de la malnutrition aigüe et dans la gestion des intrants nutritionnels (Formations, supervisions, visites d'appui technique, subvention des soins et des évacuations, dotation en médicaments et en matériel médicotechnique), l'appui au dépistage communautaire à travers un partenariat avec l'ONG GRET, l'appui en hygiène assainissement dans les centres de santé (réhabilitation et construction de forages, de latrines...).

En 2015 et 2016, Action contre la Faim a encore bénéficié du même bailleur le financement de deux (02) programmes pour renforcer les acquis des années antérieures. Ces activités ont permis donc de renforcer le transfert des compétences en matière de PCIMA aux acteurs du système de santé du district afin de pérenniser les actions entreprises par les équipes d'Action contre la Faim. Aussi, lors de ces dernières phases de financement le programme a développé la stratégie de dépistage continu par les mères ; il s'est agi dans un premier temps d'une phase pilote dans la commune de Diapangou (avril 2015-mars 2016) et dans un second temps la mise à l'échelle de l'approche dans l'ensemble du district sanitaire. Cette stratégie visait essentiellement à augmenter la couverture du programme PCIMA dans le district.



II. OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF GENERAL :

Evaluer la couverture du programme de PCIMA et identifier les barrières à l'accès aux soins, dans le district de Fada N'Gourma, sur la base d'une méthodologie appelée Évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Développer la méthodologie SQUEAC avec les compétences locales du pays (Direction de la Nutrition, Action contre la Faim)
2. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans le DS ;
3. Identifier les barrières et les boosters à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère ;
4. Estimer la couverture globale dans les zones d'intervention du programme ;
5. Evaluer l'état de mise en œuvre des recommandations de la dernière SQUEAC
6. Formuler des nouvelles recommandations et faire un plaidoyer pour leur prise en compte dans le prochain plan d'action du district sanitaire de Fada et communaux de développement



III. METHODOLOGIE

3.1. APPROCHE GENERALE

La SQUEAC est une investigation intelligente, itérative et informelle sur la couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Elle se base sur deux principes fondamentaux que sont l'exhaustivité (des informations jusqu'à saturation) et la triangulation (des sources et des méthodes). Dans notre cas nous avons aussi triangulé par rapport à l'ethnie (Peulh, Mossi et Gourmantché).

L'outil SQUEAC fournit une méthodologie efficace et précise pour estimer la couverture des programmes de nutrition. Pendant le processus, les barrières d'accessibilité aux services sont identifiées et des recommandations ont été formulées afin d'améliorer la couverture du service.

SQUEAC est une évaluation combinant deux types de données :

- Données quantitatives : données de routine (admissions, abandons, indicateurs de performance) et données collectées (cas couverts et non couverts) au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones.
- Données qualitatives : informations (opinions, connaissances sur la malnutrition, connaissances du programme de PEC, perception de la malnutrition, recours aux soins, facteurs limitant la PEC...) collectées auprès de la communauté, des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

La méthodologie SQUEAC se compose de trois étapes principales :

- L'étape 1 consiste à identifier les zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité
- L'étape 2 permet de confirmer les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones et de comprendre les raisons qui déterminent l'état de la couverture des zones ciblées
- L'étape 3 permet d'estimer la couverture globale à travers la construction d'un « a priori » (basée sur les barrières et les boosters), de l'Évidence Vraisemblable et d'un « post priori » basé sur la recherche de cas.

La présente étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Fada du 21 février au 21 mars 2017.

3.2. LIMITES DE L'EVALUATION

Au cours de la présente investigation quelques points sont à signaler comme étant des limites à la réalisation de l'activité :

- On ne disposait pas de carte administrative avec l'ensemble des villages du district pour le tirage des villages à rechercher les cas MAS lors de la grande enquête ; ainsi, c'est le logiciel Excel qui a été utilisé pour réaliser un tirage aléatoire des villages lors de cette étape.
- Sur les données quantitatives : il y a une discordance entre les données statistiques mensuelles et celles de la base des données d'Action contre la Faim qui donne les informations individuelles plus détaillées sur les cas MAS. Aussi, certaines informations de la base des données n'étaient pas exploitables (distances entre les formations sanitaires et les villages de provenances des MAS : pour certains MAS les distances sont en aller-retour et pour d'autres en aller seul).



- C'est une première expérience pour l'équipe d'appui technique à la réalisation de l'étude d'où la nécessité de demander souvent des appuis/conseils à distances de personnes expérimentées dans la conduite des enquêtes SQUEAC (Ancien du CMN/Siège Action Contre la Faim UK)
- Le démarrage de la mise à l'échelle de la stratégie PB-Mère initialement prévue débuter en avril 2016 a accusé un retard ; aussi, il n'y a pas de données disponibles permettant d'analyser l'apport du dépistage par les mères parmi l'ensemble des admissions.

3.3. ETAPES

La méthodologie SQUEAC se compose de trois étapes principales et complémentaires:

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 du programme et des données additionnelles collectées au niveau des formations sanitaires, ainsi que sur les informations qualitatives collectées au cours d'entretiens individuels ou de groupes de discussion auprès des personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans le programme. Cette étape de l'investigation permet d'identifier les facteurs influençant la couverture et d'aboutir à la formulation d'hypothèses sur les zones de couverture « faible » ou « élevée ».

A. Analyse des données de routine

L'analyse des données de routine permet d'évaluer la qualité générale du service, d'en dégager les tendances en termes d'admissions et de performance, et de déterminer s'il répond correctement aux besoins. Cette étape permet également d'identifier les éventuels problèmes liés à l'identification et l'admission des bénéficiaires ainsi qu'à la prise en charge. Enfin, elle apporte des premières informations sur les différences de performance selon les zones. Les données suivantes ont été considérées :

Données de routine (janvier 2016 jusqu'à Décembre 2016¹ pour la base des données d'Action contre la Faim et de janvier 2014-Décembre 2016 pour les données statistiques du DS)

- Admissions et abandons au cours du temps: admissions globales du programme et admissions (PCA MAS). Les tendances des admissions sont comparées avec le calendrier saisonnier des maladies infantiles, des événements climatiques et de la disponibilité alimentaire, ainsi qu'avec les différents événements clés survenus depuis le début du programme.
- Admissions par CSPS par rapport à la population des 6 à 59 mois. (2016)
- Admissions en interne par rapport aux admissions en PCA (2016)
- Evolution des indicateurs de performance au cours du temps (% guéris, abandon et décès en PCA et PCI).

Données individuelles

- Admissions selon les catégories d'admission (janvier-décembre 2016).
- Médiane du périmètre brachial à l'admission (janvier-décembre 2016)
- Répartition géographique des admissions et abandons (janvier-mars 2013).
- Durée de séjour pour les déchargés guéris, durée de séjour avant abandons

¹ La base de données de cette période a été jugée mise à jour pour permettre les analyses.



- Données individuelles pour les abandons (janvier-décembre 2016) : durée moyenne de séjour avant abandon

B. Collecte des données qualitatives

La collecte des données qualitatives apporte un éclairage sur les résultats de l'analyse des données de routine et permet également de comprendre les connaissances, opinions et expériences des communautés et des personnes concernées par le service PCMA, et ainsi d'identifier les barrières potentielles à l'accessibilité.

Les méthodes suivantes sont utilisées: 1) Groupes informels de discussion, 2) Entretiens semi structurés, 3) Entretiens structurés, 4) Observation

Les différents types d'entretien et discussions ont été menés auprès d'informateurs concernés par le programme de façon directe ou indirecte: autorités locales et membres de l'Equipe cadre du district, personnel de santé, personnel d'Action contre la Faim, mères d'enfants MAS, hommes et femmes de la communauté, relais communautaires, leaders communautaires, tradipraticiens de santé (TPS),OCADES, autres acteurs locaux et la communauté (belles-mères ou grand-mères).

La triangulation des méthodes et des sources d'information permet de vérifier progressivement et valider les différentes données collectées. L'exercice s'arrête lorsqu'il y a redondance entre les informations recueillies à partir de différentes sources en utilisant différentes méthodes.

L'outil BBQ

*Au fur et à mesure des avancées de l'investigation, les informations collectées, analysées, triangulées sont consignées et organisées en utilisant l'outil **Barrières Boosters et Questions (BBQ)** qui permet de collecter de façon itérative les éléments qui apparaissent être des barrières pour la couverture de la prise en charge, les éléments favorables à une meilleure couverture et les questions soulevées par l'investigation qui amènent à la recherche de réponses au jour le jour dans les étapes 1 et 2.*

En fonction, des admissions par rapport à la population des 6-59 mois (pour l'année 2016, des indicateurs de performance notamment de l'analyse des abandons par formation sanitaire, des hypothèses sont développées sur les zones qui ont une couverture 'élevée' ou 'faible' (hypothèses d'hétérogénéité de la couverture de prise en charge).

Etape 2 : Confirmation 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. La méthode utilisée a été la Petite enquête géographique (pour confirmer l'hypothèse d'homogénéité/ hétérogénéité).

Dans le cas présent pour tester notre hypothèse sur les zones de couverture élevée ou faible, huit (08) villages ont été choisis et inclus dans cette partie de l'enquête selon que l'équipe pensait que les villages étaient en zone de couverture élevée ou non (4 pour l'hypothèse de faible couverture et 4 pour la couverture élevée)

Les résultats ont été analysés en utilisant la classification technique simplifiée appelé **Lot Quality Assurance Sampling (LQAS)**.



$$d = n \times \frac{p}{100}$$

(*d*=règle de décision; *n*= nombre des CAS MAS trouvés; *p*= seuil de couverture)

Pour la présente étude, la valeur « p » a été définie à 50% en référence aux normes SPHERE en matière de couverture en zone rurale

Etape 3 : Estimation de la couverture globale

L'estimation de la couverture globale est obtenue au terme des étapes suivantes :

A. Développement de la probabilité « a priori » de la couverture

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.

La probabilité à priori s'est construit donc à partir des modes de trois probabilités « a priori » :

1. **Boosters et Barrières (BBQ) pondéré** : les boosters et les barrières ont été pondérés en fonction de leur poids présumé sur la couverture. Le processus de pondération était participatif. Une pondération de 1 à 5 (1 minimum à 5 maximums) a ainsi été attribuée 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%). La moyenne des deux valeurs a ensuite été calculée pour obtenir une mode de probabilité.
2. **Boosters et Barrières simple**: pour le BBQ simple 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%). La moyenne des deux valeurs a ensuite été calculée pour obtenir une mode de probabilité.
3. **Schéma conceptuel (concept map)** : des liens ont été faits entre les barrières d'un côté et les boosters de l'autre. Tous ces liens ont été comptés et, selon la même méthode que citée ci-dessus (nombre de liens entre boosters ajoutée à la couverture minimale et nombre de liens entre barrières déduits de la couverture maximale).

Pour trouver la probabilité « a priori » de la couverture, les résultats des 3 modes ont été additionnés. Et la moyenne a donné la couverture « a priori » pour cette évaluation SQUEAC.

B. Construction de l'évidence vraisemblable

Cette étape consistait à enrichir la probabilité à priori avec une information « supplémentaire » à travers une recherche active des cas de MAS sur l'ensemble de la zone d'intervention pour obtenir l'évidence vraisemblable.

Elle consiste en la réalisation d'enquêtes sur l'ensemble de la zone cible, le but étant de recenser le nombre total de cas de MAS (cas actuels et cas en voie de guérison) de la zone. Les cas MAS sont recherchés en utilisant la méthode de Recherche Active et Adaptative des Cas (RAAC) (allant de maison en maison dans les petits villages en se basant sur des personnes ressources pour trouver tous les enfants malnutris).



Un questionnaire est rempli avec les accompagnants des enfants qui ne sont pas couverts (voir Annexe 2) pour connaître les raisons pour lesquelles ces enfants ne sont pas sous traitement. Ce questionnaire permet d'établir les barrières au traitement. Tous les enfants MAS ou MAM « non couverts » sont référés au centre de traitement nutritionnel approprié le plus proche.

La définition de cas utilisée au cours des enquêtes sur petites et grandes zones était : « tout enfant âgé de 6 à 59 mois présentant une des caractéristiques suivantes : PB<115 mm et /ou présence d'œdèmes bilatéraux ».

La définition des cas en voie de guérison est la suivante : « Tout enfant âgé de 6 à 59 mois ayant un PB>=115 mm et étant toujours dans le programme de prise en charge MAS »

La taille de l'échantillon souhaitable et le nombre de villages à enquêter ont été déterminés au moyen de la formule suivante :

$$n = \frac{\text{mode} * (1 - \text{mode})}{\left(\frac{\text{précision}}{1,96}\right)^2} - (\alpha + \beta - 2)$$

$$n = \frac{\left(\text{population moyenne des villages}\right) * \left(\frac{\text{population entre 6 et 59 mois}}{100}\right) * \left(\frac{\text{prévalence MAS}}{100}\right)}{100}$$

1. mode: valeur de la probabilité a priori exprimée en proportion.
2. α et β: valeurs définissant la distribution de la probabilité a priori².
3. précision : précision souhaitée. La précision utilisée dans le cas présent est 0,10 (10%).
4. Prévalence MAS : la prévalence de la MAS utilisée pour le calcul est 0,6%, qui est la prévalence de la MAS selon le PB dans la région de l'Est d'après l'enquête nutritionnelle nationale SMART de Septembre 2016 : 0,6% (IC : 0,3%-1,3%) au PB.
5. Population moyenne des villages : la moyenne de population des villages dans le district de Fada, obtenue des projections de la population de 2016 est de 810 personnes par village (CISSE Fada).
6. Population entre 6 et 59 mois : à Fada 18,55% de la population totale.

Les villages ont été sélectionnés selon la méthode d'échantillonnage aléatoire simple à travers un tirage au sort (numéros sortis de façon aléatoire à travers l'outil de génération de numéros aléatoires d'Excel entre 2 bornes). L'échantillonnage géographique n'a pas pu être effectué parce que la carte disponible du district ne contenait pas tous les villages de la région.

C. Production de la Probabilité a Posteriori

La *Probabilité a Posteriori* correspond à l'estimation de la couverture globale : elle représente la synthèse de la *Probabilité a Priori* et de l'*Évidence Vraisemblable*, générée par la calculatrice de Bayes avec un intervalle de crédibilité de 95%.

Recommandations et Plan d'action : Une dernière étape importante est le développement d'un plan d'action qui identifie clairement les actions à entreprendre, les indicateurs, les modalités d'évaluation et les échéances.

² α et β sont « les paramètres de la forme » de la courbe qui représente la probabilité a priori avec le logiciel de Bayes. Ces paramètres peuvent être soit trouvés directement en dessinant la courbe avec ce logiciel, soit (et c'est le cas ici) calculés à travers des formules (Manuel SQUEAL/SLEAC FANTA 2012).



IV. RESULTATS

4.1. ETAPE 1

La première étape avait pour but d'identifier les zones de couverture élevée ou faible ainsi que les barrières à l'accessibilité, à partir de l'analyse des données de routine du programme, de données additionnelles collectées au niveau des structures de santé et des informations qualitatives collectées auprès des différents acteurs clés.

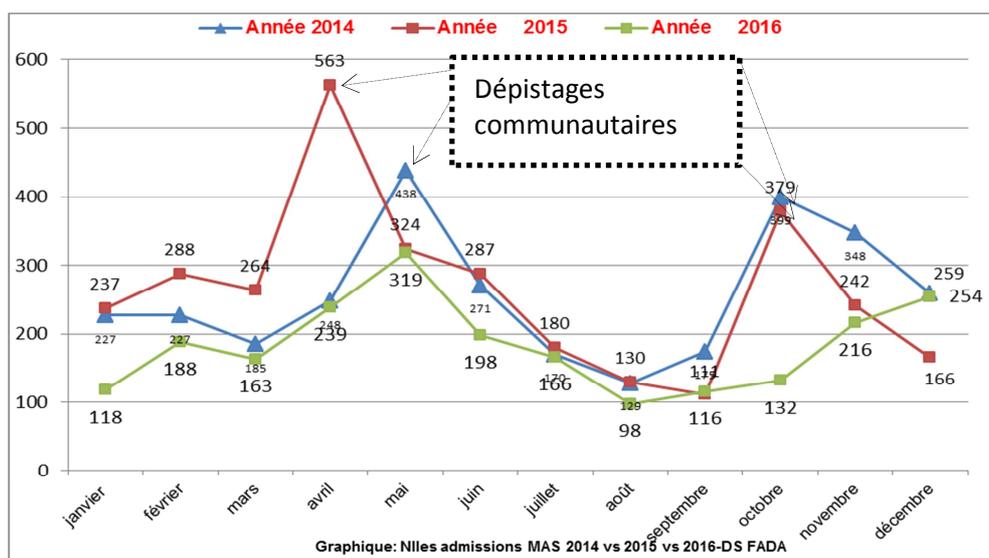
Le programme actuel financé par ASDI vient en appui à 40 CSPS et 2 CREN qui assurent les activités de prise en charge de la Malnutrition dans le district de Fada. Il a débuté en Avril 2016 pour prendre fin en mars 2017.

4.1.1. Analyse des données du programme

Pour l'analyse de ces données, il est important de tenir compte d'un certain nombre d'insuffisances constatées lors de l'analyse :

- Au niveau PCI, certains stabilisés sont déchargés comme guéris et d'autres comme référés
 - Sur les données quantitatives : il y a une discordance entre les données statistiques mensuelles et celles de la base des données d'Action contre la Faim qui donne les informations individuelles plus détaillées sur les cas MAS. Aussi, certaines informations de la base des données n'étaient pas
 - Insuffisance dans le remplissage des outils de prise en charge (registre de prise en charge, fiches de suivi) : certains enfants MAS même dépistés dans la communauté sont notifiés comme dépistés en CNS
- Afin de pallier à ces insuffisances, une recommandation sera formulée à l'endroit de l'équipe cadre du district pour s'assurer lors des supervisions à l'application rigoureuse du protocole PCIMA ainsi que du remplissage correct des outils par les agents de santé

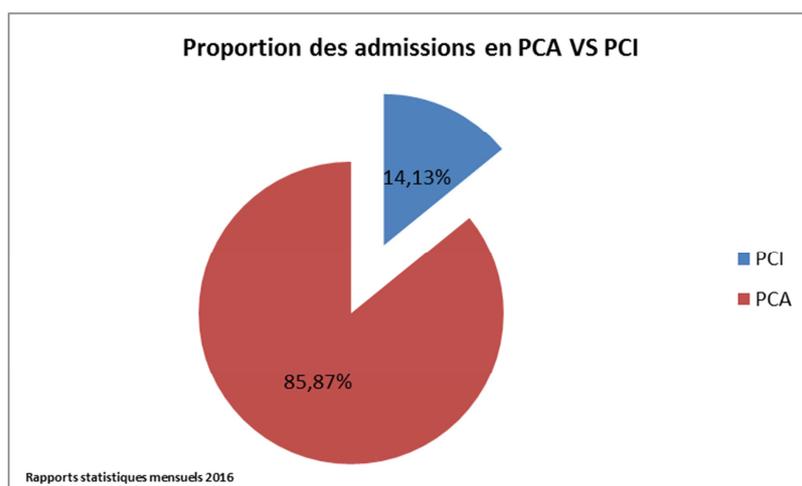
a. Réponse aux besoins: tendance des admissions et abandons au cours du temps et en fonction du calendrier des évènements





L'analyse de ce graphique montre une disproportion entre le nombre des admissions et la taille des populations dans certaines formations : certains CSPS ont admis plus de cas par rapport à la taille de leurs populations (Tanwalbougou, Matiacoali, Yamba, Fada 11, etc) sur l'ensemble de celle du DS, par contre d'autres ont admis peu par rapport à la taille de leur population (Fada secteur 7, Zonatenga, Ougarou, etc). Toutefois, l'interprétation de ces informations doit se faire avec prudence du fait que les données populationnelles sont "théoriques" (données recensement de 2006 réactualisées).

Graphique 3 : Comparaison entre les admissions en PCA et en PCI

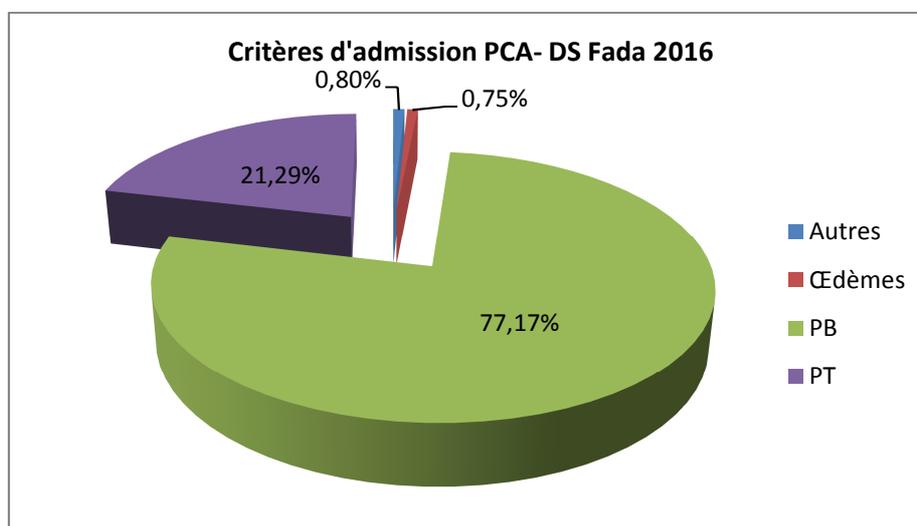


Evolution des ratios d'admissions en PCI vs PCA au cours des 4 dernières années dans le district de Fada

Année	2013	2014	2015	2016
Ratio PCI vs PCA	13,57%	13,33%	13,31%	14,13%

La proportion des MAS avec complications en 2016 est légèrement supérieure à celles des années antérieures, ce qui suppose une insuffisance dans le référencement précoce.

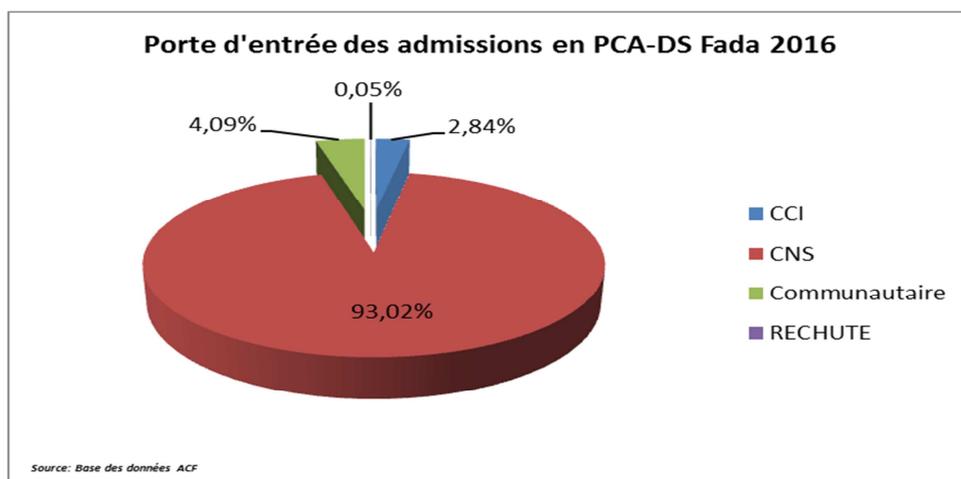
Graphique 4 : Proportion des MAS selon les critères d'admissions en PCA





Selon le protocole national en vigueur au Burkina Faso, le PB, les œdèmes bilatéraux et le rapport P/T sont des critères indépendants d'admissions. Toutefois, le protocole national recommande de prioriser les critères d'admission comme suivant : œdèmes, PB et P/T. Nous remarquons donc que la plupart des admissions se font sur la base du PB soit 77,17 % de l'ensemble des admis.

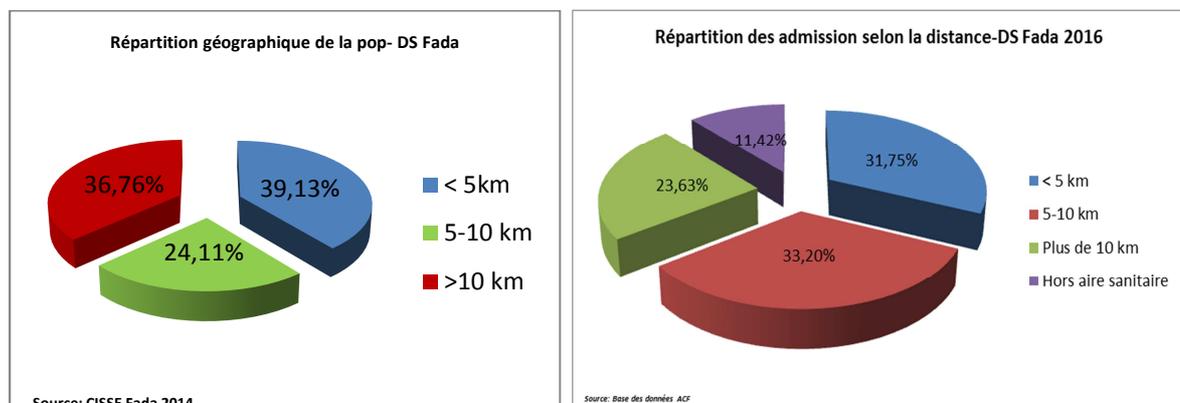
Graphique 5 : Portes d'entrée des admissions



La principale porte d'entrée des enfants MAS reste les consultations de nourrissons sains même si l'information collectée pourrait comporter des biais car certains enfants dépistés par la communauté sont souvent enregistrés comme dépistés en CNS ; par exemple lorsqu'un enfant est dépisté par un ASBC et envoyé au CSPS le jour de la CNS, après confirmation cet enfant est enregistré comme dépisté en CNS.

La sensibilisation des agents de santé doit se poursuivre pour que le registre soit bien renseignée (porte d'entrée) afin de pouvoir apprécier la contribution de chaque mode de recrutement des MAS.

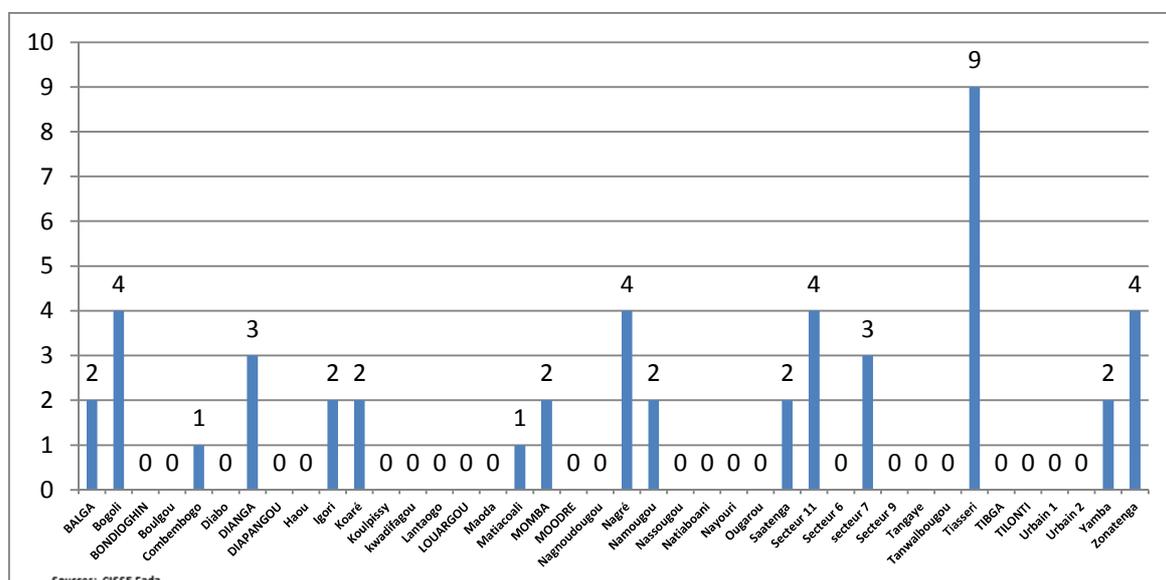
Graphique 7 : Répartition géographique de la population et des admissions



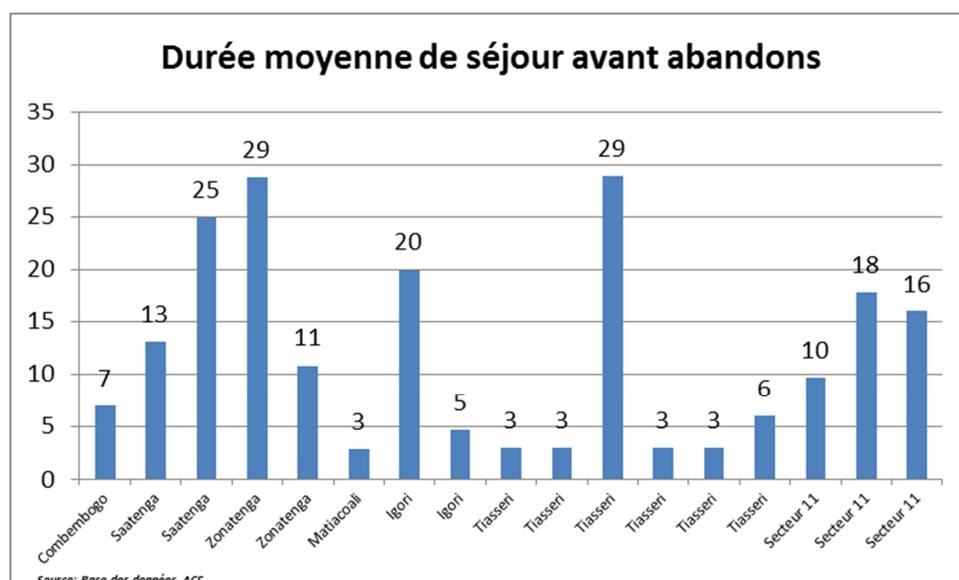
Une analyse comparée de ces deux (02) graphiques montre d'une part que dans le DS de Fada plus du tiers de la population vit à moins de 5 km d'un CSPS et de l'autre que la plupart des admissions proviennent des villages situés entre 5 et 10 km de la formation sanitaire. On note que les populations situées à moins de 5 km consultent moins proportionnellement à leur taille. La distance semble ne pas être une barrière à l'accessibilité des services PCIMA.



Graphique 8 : Situation des abandons en 2016



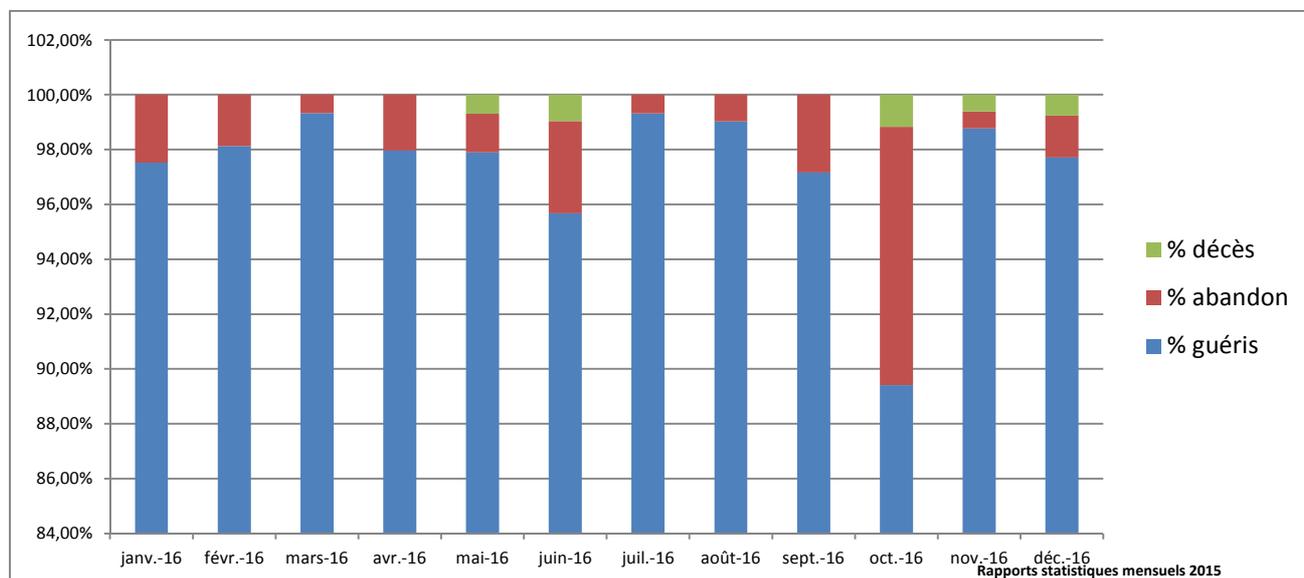
Graphique 9 : Durée moyenne de séjour avant abandon



Le faible nombre des abandons dans certains villages associé à la non tenue à jour des outils de prise en charge rendent difficile l'interprétation de ces données (les 2 graphiques ci-dessus). Toutefois, on peut classer ces formations sanitaires en deux (02) groupes : un premier groupe où les MAS abandonnent précocement (abandon au cours des 3 premières semaines de suivi) avec éventuellement des problèmes de communication/accueil ne permettant pas aux bénéficiaires de poursuivre le suivi de leurs enfants ; dans le second groupe, on constate des abandons tardifs (abandon après 3 semaines de suivi) où la qualité du traitement pourrait être l'une des causes ou tout simplement un non-respect aux protocoles thérapeutiques. Par ailleurs, la longue durée de séjour avant abandon pourrait révéler un système de VAD non fonctionnel.

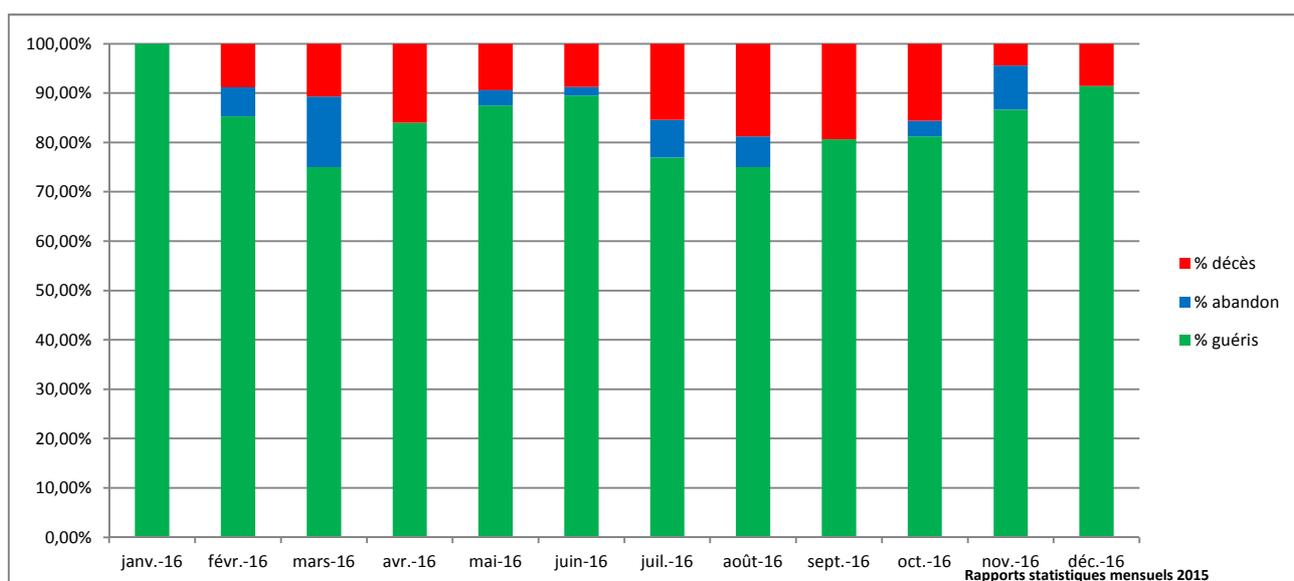


Graphique 11 : Indicateurs de performance en PCA en 2016



Au cours de l'année 2016, le district sanitaire a enregistré des indicateurs de performances conformes aux indicateurs SPHERE (taux de guérison >75%, taux d'abandon <15%, taux de décès <10%). Cependant, les plus forts taux d'abandon ont été observés en juin (3,37%) et en octobre (9,41%) ; tous ces deux mois coïncident avec les travaux champêtres.

Graphique 11 : Indicateurs de performance en PCI 2016



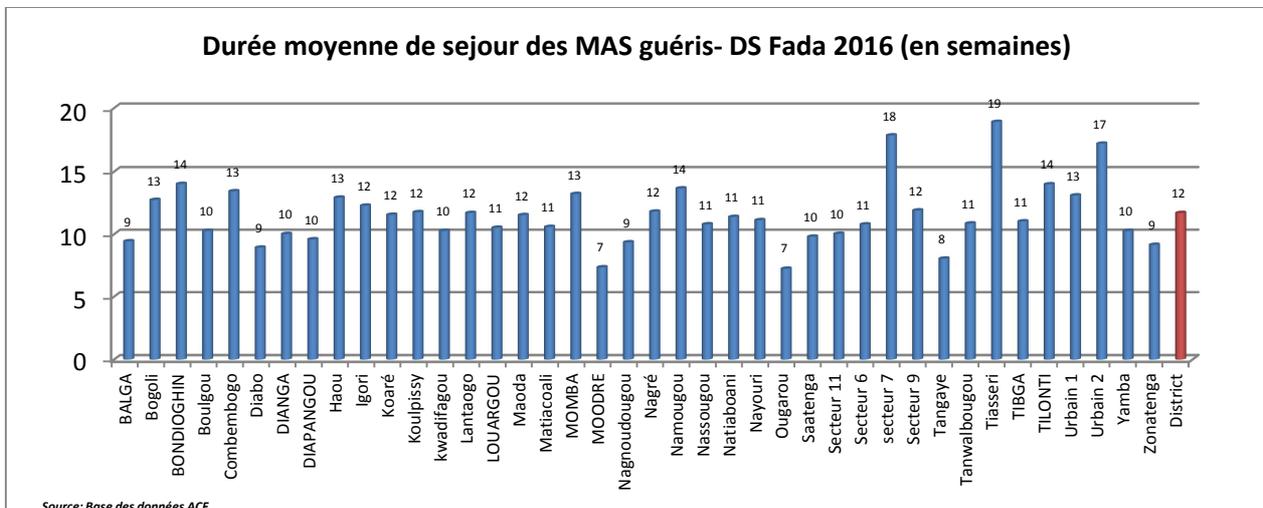
En 2016, le programme de prise en charge en interne a enregistré des taux de décès très élevés surtout au cours des mois de avril, juillet, août, septembre et octobre où les taux dépassent 15%. Cela révèle soit des référencement tardifs soit une insuffisance dans la qualité de la prise en charge. Les résultats des audits des décès réalisés au CHR au 3^{ème} et 4^{ème} trimestre de 2016 le montrent clairement. (voir tableaux ci-dessous)



Tableau I : Répartition des facteurs favorisant les décès au CREN du CHR de Fada à T3 et T4 2016

Circonstance précipitante du décès	Nombre (T3 2016)	Circonstances précipitantes de décès	Nombre (T4 2016)
Retard de dépistage MAS	06	Non dépistés avant admission (CSPS)	07
Insuffisance de surveillance	05	Non dépistés à l'admission	06
Consultation tardive	02	Insuffisance de surveillance	07
Retard ou irrégularité de prise de lait	02	Retard ou irrégularité de la prise de lait	03
Evacuation tardive	02	Erreur thérapeutique (Transfusion excessive, Utilisation de médicament non indiqué chez le MAS)	03
Transfusion excessive	01	Moyen d'évacuation inapproprié	04
Moyen d'évacuation non approprié	01	Total	30
Total	19		

Graphique 12 : Durée moyenne de séjour en PCA /CSPS

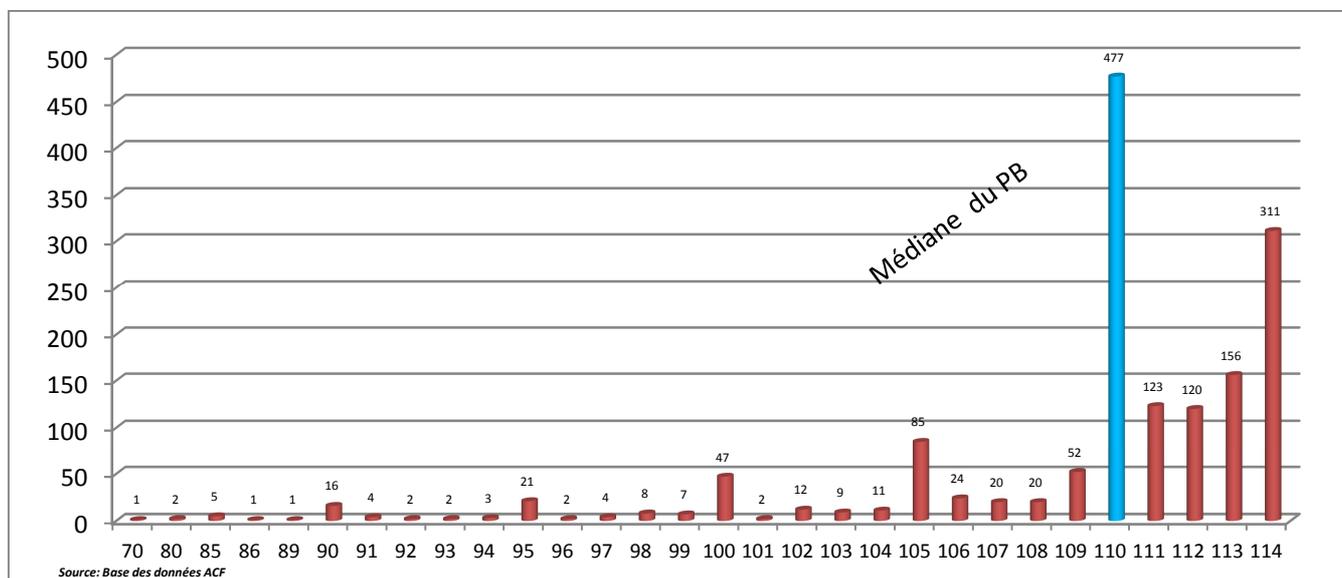


La durée moyenne de séjour en ambulatoire varie d'un CSPS à l'autre allant de 7 semaines à 19 semaines avec une moyenne de 12 semaines pour l'ensemble du district sanitaire. Quant à la médiane des durées de séjour, elle est à 10 semaines. Ces données dénotent les insuffisances dans le respect des protocoles et le remplissage des supports de prise en charge. Toutefois, cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que le critère de décharge soit à 125 mm pour le PB

La durée moyenne de séjour en PCI (CREN du CHR) est de 11 jours.



Graphique 13 : Médiane du PB à l'admission (Les admis par PB uniquement)



Ce graphique donne une médiane de 110mm. On note donc un référencement tardif pour le programme.

On note également une tendance à l'arrondissement des PB à 100mm, 105mm et à 110mm, ce qui pourrait révéler des insuffisances dans la qualité de prise du PB.

Notons que lors de la dernière SQUEAC de 2014 la médiane était également à 110mm mais tous les enfants admis MAS avaient été considérés pour le calcul ; en 2016, en prenant en compte tous les enfants admis MAS (PT, œdème et PB) la médiane du PB à l'admission est de 112 mm, ce qui signifie qu'il y a eu une petite amélioration dans la précocité du référencement.

4.1.2. Analyse des données qualitatives.

A. Analyse des boosters et barrières

La collecte des données qualitative avait pour but d'identifier les facteurs pouvant influencer positivement ou négativement la couverture du programme PCIMA. Elle a été réalisée en trois (03) jours par une équipe de dix (10) personnes réparties en binômes de deux (02).

Les données ont été collectées par des méthodes différentes et triangulées auprès de différentes sources ; aussi, la triangulation a tenu compte des trois (03) principales ethnies vivant dans la province (gourmantché, peulh, mossi).

Les méthodes de collecte utilisées au cours de l'investigation étaient essentiellement des discussions de groupes (focus group), des entretiens individuels et l'observation. Des guides d'entretiens et grilles d'observation ont permis aux investigateurs de collecter les informations.



Au fur et à mesure de la collecte, les informations étaient synthétisées et organisées en barrières, boosters. A l'issu des trois (03) jours de collecte, les informations collectées ont été encore analysées en plénières par les investigateurs et les superviseurs afin de regrouper les boosters et barrières.

En outre, les informations qui n'étaient pas tout à fait claires au départ, ont été notées comme questions et mieux approfondies pour finalement être classées comme booster ou barrière.

Les principaux boosters et barrières ressortis lors de la collecte sont consignés sous le tableau ci-après :

Tableau II : Liste des boosters et barrières

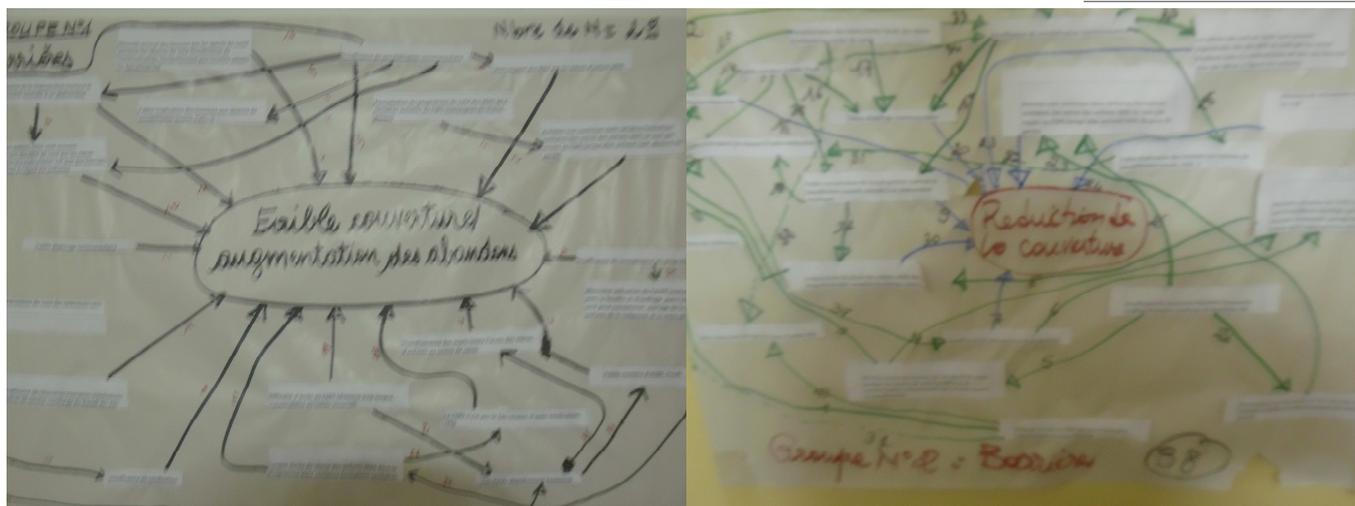
Boosters	Barrières
Bonne connaissance du marasme	Faible connaissance de la malnutrition (surtout le kwashiorkor souvent assimilé à un phénomène mystique)
Bonne connaissance des signes, causes et conséquences de la MAS	Insuffisance de connaissance du programme
Augmentation d'autoréférence car connaissance des signes de la malnutrition	Faible dépistage communautaire
Bonne connaissance du programme	Difficulté d'accès au CSPPS (distance trop longue, Inaccessibilité en saison hivernal)
Bonne appréciation du programme par les mères/pères	Mauvais accueil des femmes par les agents de santé pendant les séances de suivi (insuffisance de communication, comportement peu courtois envers les bénéficiaires)
Abandon de la stigmatisation	Perturbation du programme de suivi des MAS dû à certaines activités au CSPPS (campagnes de masse, grèves)
Perçoivent la malnutrition comme toute maladie	Insuffisance de ressources humaines (Limitations d'offres de service, surcharge du travail des AS)
Dépistage par les ASBC 2 à 4 fois par mois	Absence de mécanisme de suivi des références vers le CHR
Bonne accessibilité au CSPPS	Activités non continues dans certaines formations sanitaires (les mères des enfants MAS ne sont pas reçues au CSPPS lorsqu'elles arrivent tard, absence de garde)
Amélioration des conditions sécuritaires (Avènement des Koglweogo)	Longue durée de séjour des enfants MAS dans le Programme dans certaines formations sanitaires
Bon accueil des mères/pères d'enfants MAS par les AS	Le CSPPS n'est pas le 1er recours (l'automédication, TPS)



Implication de tous les agents aux activités PCIMA, toute l'équipe a bénéficié de la formation	Non-respect des RDV par les mères d'enfant MAS
Dépistage systématique à tous contact des enfants MAS au CSPS	Les Peuls abandonnent beaucoup
Le CSPS est le 1er recours pour les cas de MAS	Insuffisance de sensibilisation communautaire
Bonne communication à l'endroit des mères d'enfants référés non confirmés au CSPS	Faible implication des hommes aux séances de sensibilisation (maris, CVD,...)
Pas d'abandon	Mauvaise utilisation de l'ATPE (mélange de l'ATPE avec la bouillie et chauffage, puis l'enfant est laissé seul pour consommer, partage de la ration avec les enfants de la coépouse et la mère de l'enfant MAS)
Formation des ASBC sur le dépistage	Les Mères des enfants MAS sont souvent stigmatisées lors des RDV de suivi par les mères d'enfants sains (La malnutrition est due aux mauvais soins des mères à l'égard des enfants)
Plusieurs acteurs dans la dépistage/référencement (ASBC, PB- Mères, ONG, GRET)	Insuffisance de coordination
Sensibilisations par les pairs sur la PECMAS, par ACF (ASDI et MANGO), les ASBC et Djantoli	Transhumance des maris limite l'accès des mères d'enfants au centre de santé
Bonne appréciation de l'ATPE	Faible nombre d'ASBC Peulh

B. Schéma conceptuel

Les équipes d'investigation ont également développé des **Schémas conceptuels** (*Concept Map*) pour représenter graphiquement les liens de cause à effet entre les différents barrières et boosters détectés



4.2. ETAPE 2

Sur la base des informations de l'étape 1, des hypothèses sur **l'hétérogénéité de la couverture** ont été formulées. Elles ont été testées en utilisant la méthode de la petite enquête géographique.

L'analyse des données quantitatives à l'étape 1 ont révélé des zones où l'équipe d'investigation a pensé que la couverture serait élevée (proportion élevée d'admission par rapport à la population, peu ou pas d'abandon, et des zones où probablement la couverture serait faible (beaucoup d'abandons, peu d'admissions). Sur la base de ces informations quatre (04) formations sanitaires dont deux en milieu rural et deux en milieu urbain ont été identifiés. Dans chaque CSPS, deux villages ont été choisis ce qui a permis d'avoir au total huit (08) villages pour réaliser la petite enquête. Les villages de Bougui (Fada 11), Komadougou (Fada 7), Tinacouanbouli (Bogoli) et Doanga (Yamba) ont été identifiés comme étant des zones supposées avoir des couvertures élevés ; quant aux villages de Djankougou (Yamba), Pimpigdou (Bogoli), Komangou (Fada 7) et Pokiamanga (Fada 11), ils ont été identifiés comme des zones à couverture faible. Ces deux (02) groupes de villages ont été choisis selon les critères suivants :

- Dans les villages où il y a un système de recherche des absents et de référencement des cas fonctionnel (beaucoup d'admissions avec peu ou pas d'abandons), la couverture sera au-dessus de 48%.
- Dans les villages où il n'y a pas un système de recherche des absents et de référencement des cas fonctionnel (peu d'admissions avec beaucoup d'abandons), la couverture sera au-dessous de 48%.

Tableau III : Liste des villages pour la petite enquête

Zones de faible couverture		Zones de couverture élevé	
Villages	CSPS	Villages	CSPS
Bougui	Fada 11	Djankougou	Yamba
Komadougou	Fada 7	Pimpigdou	Bogoli
Tinacouanbouli	Bogoli	Komangou	Fada 7
Doanga	Yamba	Pokiamanga	Fada 11



RESULTATS DE LA RAAC

Les résultats ont été analysés en utilisant la classification technique simplifiée appelé *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS). Avec un seuil de couverture « p » de 48% (couverture de la dernière SQUEAC), les résultats ont été donc les suivants :

<i>Calcul de règle de décision/Résultats</i>				
	Couverture recherchée (p)	48%	<i>Déductions</i>	
Villages à couverture élevée	n	5	Nombre de cas couverts	4
	Règle de décision	$5*(48/100)=2,4$	> règle de décision	2
	Cas couverts	2		
Villages à couverture faible	n	8	Nombre de cas couverts	4
	Règle de décision	$8*(48/100)=3,84$	> règle de décision	3
	Cas couverts	3		
		4	<i>Hypothèse non confirmée (indéterminée)</i>	

A l'issue de la petite enquête, seule l'hypothèse de couverture élevée a été confirmée ; ce qui signifie que le système de recherche des abandons et de référencement des cas MAS n'influence pas forcément la couverture des programmes PCIMA dans le district mais ne serait pas le seul facteur important.

De l'analyse des données qualitatives, la connaissance de la malnutrition et du programme PCIMA seraient aussi un important facteur favorisant de la couverture. En plus, la distance semble être un facteur important limitant l'accès des bénéficiaires au programme de prise en charge.

4.3. ETAPE 3

Comme déjà expliqué plus haut dans le paragraphe de la méthodologie, la probabilité à priori se construit donc à partir du mode de trois probabilités « a priori » 1) le BBQ simple, 2) le BBQ pondéré et 3) le schéma conceptuel:



Tableau IV : Calcul de la probabilité a priori. DS Fada, Burkina Faso. Février 2017

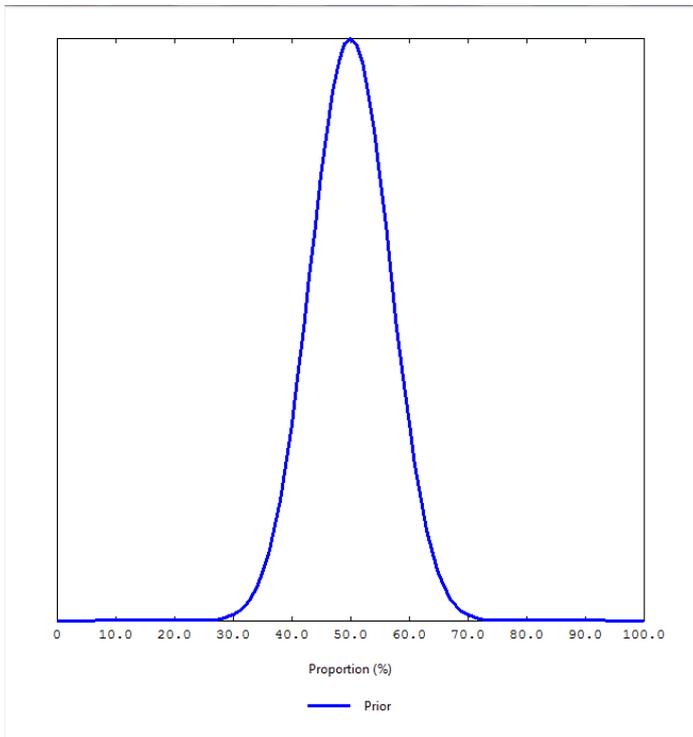
Méthodologie	Qui	Boosters	Barrières	Calcul	Résultat
BB(Q) simple	Tous	20	20	$((20+0) + (100-20))/2$	50%
BB(Q) pondérée	Equipe 1	58	46	$(58+ (100-46))/2$	
	Equipe 2	59	51	$(59+ (100-51))/2$	
	Equipe 3	57	45	$(57+ (100-45))/2$	
	Equipe 4	52	46	$(52+ (100-46))/2$	
	Equipe 5	61	51	$(61+ (100-51))/2$	
	Moyenne				
Schéma conceptuel	Groupe A	25	29	$(25 + (100 - 29))/2$	
	Groupe B	32	38	$(32 + (100 - 38))/2$	
	Moyenne				
Probabilité à Prior					50,77%

De ce qui précède, il en découle que la couverture à priori c'est-à dire notre croyance sur le niveau de la couverture en fonction de l'analyse des facteurs positifs et négatif est de 50.77%.

En se référant au tableau des valeurs approximatives pour différents modes a priori à deux valeurs, les valeurs de α et β sont respectivement de 27,6 et 27,6 avec une incertitude de + 20% et - 20%. Cette incertitude a été retenue (au lieu de + ou - 25%) car c'est la 3^{ème} enquête SQUEAC menée dans ce district et donc l'équipe d'investigation a jugé bon d'utiliser une marge d'erreur faible cette fois-ci.

Le calculateur Bayes a ensuite été utilisé pour représenter le graphique de la probabilité a priori.

Graphique 14 : Estimation de la couverture à priori, DS Fada, Burkina Faso. Février 2017



Construction de l'évidence vraisemblable

a. Echantillonnage

En introduisant les valeurs α et β avec une précision de + ou - 10% dans le calculateur Bayes, nous avons pu déterminer le nombre de cas MAS à rechercher qui est égal à 54.

Ensuite nous avons appliqué la formule suivante pour déterminer le nombre de village dans lesquels il faut réaliser la grande enquête :

$$N_{\text{villages}} = \left[\frac{n}{\text{Pop. moy. par village (tous âges)} \times \frac{\text{Pourcentage de la population (6-59 mois)}}{100} \times \frac{\text{prévalence}}{100}} \right]$$

Avec la prévalence de 0,6% pour la MAS selon le PB dans la région de l'Est et une moyenne de 810 personnes par village plus une proportion de 18,55% chez les enfants de 6-59 mois pour le district de Fada on $N= 60$ qui représente le nombre de villages à enquêter.

Le choix de ces 60 villages a été fait de façon aléatoire à l'aide du logiciel Excel.

b. Recherche active des cas

Cinq (05) binômes ont réalisé la recherche des cas MAS dans les villages échantillonnés pendant six (06) jours suivant la méthode de Recherche Active et Adaptative des cas (RAAC) .



Le tableau 6 représente le nombre d'enfants retrouvés pendant la recherche active. Au total, 93 enfants avec malnutrition aigüe sévère³ ont été identifiés, dont 17 étaient dans le programme de prise en charge et 46 en voie de guérison.

Tableau V: Résultats de la recherche active des cas, DS de fada, Burkina Faso. Février 2017.

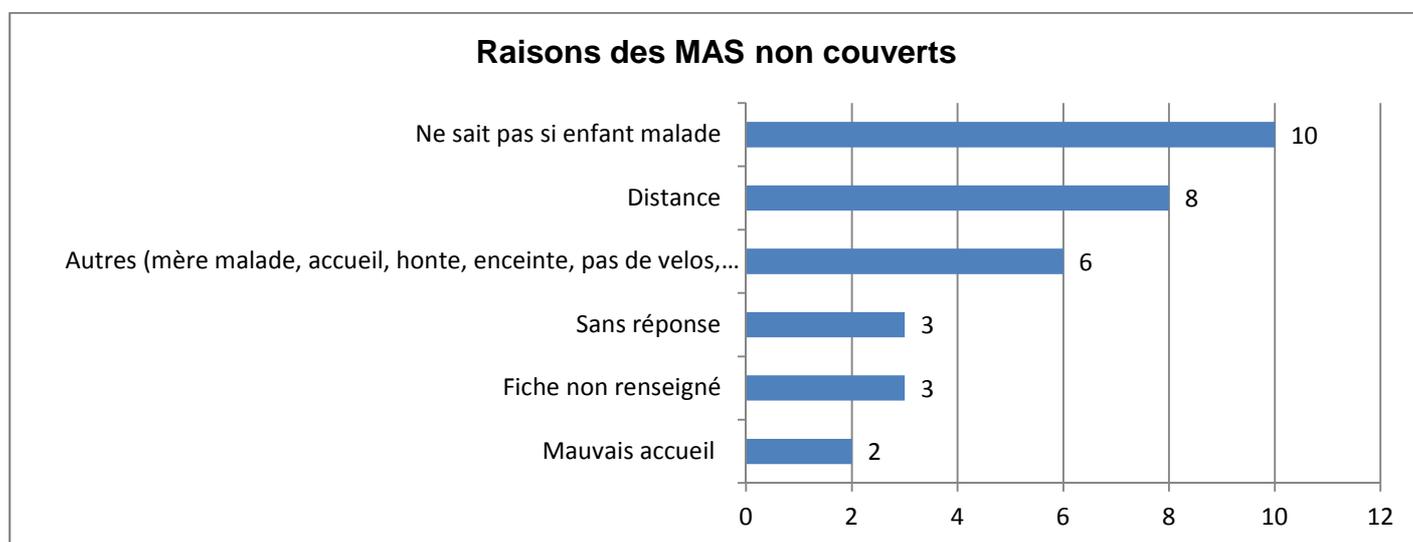
Cas totaux	Cas MAS couverts	Cas MAS non couverts	Voie de guérison
93	17	30	46

Un questionnaire a été soumis aux accompagnants (à la mère ou à la personne en charge de l'enfant) des cas non couverts afin de connaître les raisons pour lesquelles l'enfant n'était dans le programme PCIMA. L'analyse des questionnaires administrés donne quelques orientations sur les barrières à l'accessibilité (figure 14).

Des 30 accompagnants interrogés, 31,25 % (10 personnes) ne savaient pas que leur enfant était malnutri ; 25% (08) ont évoqué la distance comme barrière.

Les raisons des barrières à l'accessibilité pour les cas MAS trouvés non couverts ont été les suivantes:

Graphique 15 : Raisons des cas non couverts



Lors de la grande enquête, il est ressorti que la méconnaissance de la malnutrition et la distance sont les principales raisons des non couverts

Pour cette enquête SQUEAC nous avons décidé de calculer la couverture unique en appliquant la formule suivante pour déterminer les données du numérateur et du dénominateur :

$$\text{Couverture unique} = \frac{C_{in} + R_{in}}{C_{in} + C_{out} + R_{in} + R_{out}}$$

³ Les critères utilisés étaient les critères OMS en vigueur à l'époque soit un PB<115 + les cas en voie de guérison



Où:

C_{in} = Current SAM cases in the program (Nombre de cas MAS dans le programme)

C_{out} = Current SAM cases in the program (Nombre de cas MAS hors du programme)

R_{in} = Recovering SAM cases not in the programme (Nombre de cas en voie de guérison (récupération) dans le programme)

R_{out} = Recovering SAM cases not in the programme (Nombre de cas en voie de guérison hors du programme)

Le R_{out} est obtenu suivant la formule suivante en considérant le facteur de conversion K à 3

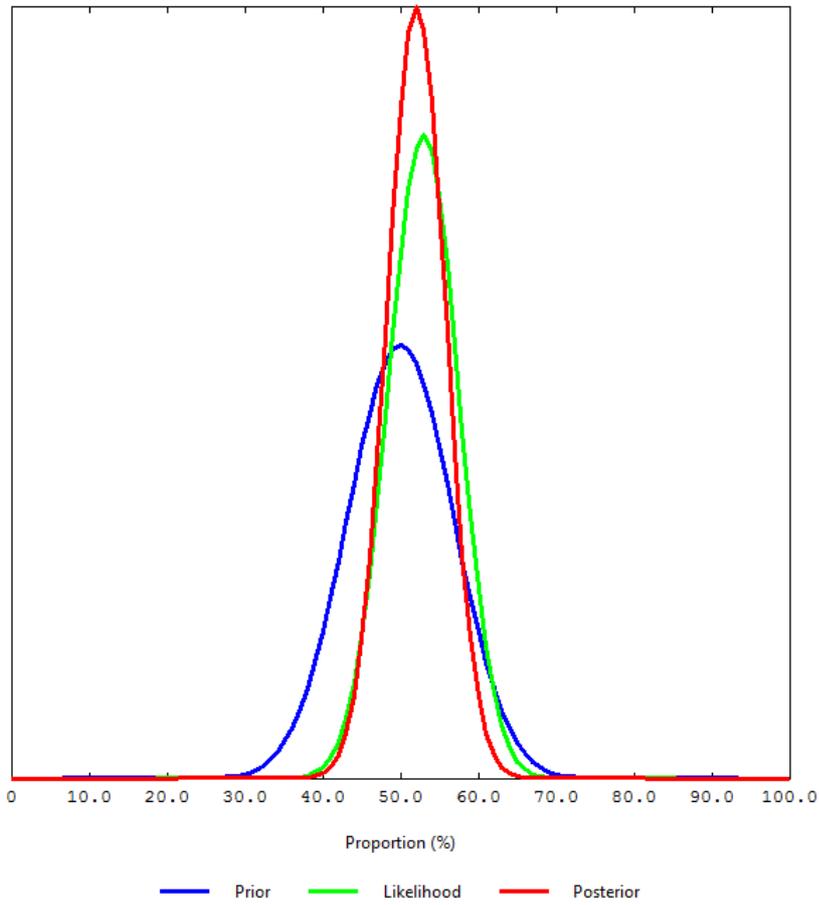
$$R_{out} = \left[\frac{1}{3} \times \left(R_i \times \frac{C_{in} + C_{out}}{C_{in} + I} - R_{in} \right) \right]$$

$R_{out} = 26$

Pour le calcul de la couverture unique on aura donc au numérateur 63 et au dénominateur 119. Ces données ont été par la suite intégrées dans le calculateur Bayes pour obtenir une couverture *a posteriori* estimée à 52,0% [IC, 95% : 44,6%-59,3%].

Il est important de remarquer qu'il y a un chevauchement entre la courbe de la couverture *à priori* (*prior – bleu-*) et celle de l'évidence vraisemblable (*likelihood – vert-*), c'est-à-dire non contradictoires, les résultats de l'analyse bayésienne sont donc hautement probables.

Graphique 16 : Estimation de la couverture *à posteriori*, DS de Fada, Burkina Faso. Février 2017



Prior α 27.6

Prior β 27.6

Precision % 10

Suggested sample size : 54

Use survey data

Denominator 119

Numerator 63

Estimate
52.0% (44.6% - 59.3%)

z-test
z = -0.36, p = 0.7211

Reset

Save Plot



V. DISCUSSION

La présente investigation SQUEAC s'est déroulée du 20 février au 20 mars 2017 et constitue la troisième évaluation de la couverture dans le district de Fada. La première a été réalisée en 2012 par HKI qui avait estimé la couverture à 19,9% [95% IC 10,6% - 32,3%]; en 2014 par Action contre la Faim pour une couverture actuelle à 48% [IC 95% : 37,6%-58,4%] et enfin la présente étude dont la couverture est estimée à 52,0% [IC, 95% : 44,6%-59,3%].

L'analyse des données quantitative a permis de se faire une idée sur la performance du programme PCIMA en 2016 dans le district de Fada.

Les courbes d'admissions des trois dernières années montrent des similitudes en termes de tendances au cours de l'année ; on note qu'il y a plus d'admission en mars-juin et octobre-novembre et une baisse des admissions pendant la période de soudure (juillet, août et septembre). La baisse du nombre de cas en 2016 peut être tributaire des actions de lutte contre la malnutrition (prévention et traitement) entreprises par l'ONG Action contre la Faim depuis 2012 dans le district et bien d'autres ONG œuvrant dans le même domaine même si toutefois la prévalence de la MAS de 2016 dans la région de l'Est est plus élevée que les années passées. La mise en place de la politique de la gratuité au profit des enfants de moins de 5ans en juin 2016 aurait aussi contribué à cette baisse. En effet d'après les infirmiers chefs de poste du district depuis le début de la gratuité, on a constaté la diminution des cas MAS car il y aurait une prise en charge précoce des maladies favorisant la survenue de la malnutrition (diarrhées, IRA, etc)

Toujours au niveau des admissions, la plupart des MAS sont admis par le PB et lors des consultations de nourrissons sains, ce qui suppose que les mères d'enfants sont motivées à fréquenter les formations sanitaires pour déterminer le statut nutritionnel de leurs enfants. D'ailleurs, les boosters comme « abandon de la stigmatisation », « Augmentation d'autoréférence car connaissance des signes de la malnutrition » et « Bonne appréciation du programme par les mères/pères » renforcent cette hypothèse. Par contre la proportion des cas MAS admis lors des CCI reste toujours faible, dénotant éventuellement une insuffisance dans le dépistage systématique des enfants malades vus en CCI.

Il faut noter aussi que la plupart des cas MAS proviennent des villages situés entre 5 et 10 km d'une formation sanitaires ce qui signifie que la distance (surtout lorsque c'est très loin) est un facteur qui influence négativement la couverture; environ un tiers (1/3) de la population est situé à plus de 10 km d'un centre de santé. Les résultats des raisons des non couverts lors de la grande enquête confirment cette affirmation.

La médiane du PB (110 mm) ainsi que la proportion des cas pris en charge en PCI (14,13%) montrent que le système de dépistage/référencement communautaire connaît encore des insuffisances dans le district. L'estimation de la couverture actuelle à 43,5% [34,4-53,1] confirme cela et montre que le programme ne répond pas très bien aux besoins.

La couverture actuelle a été estimée avec uniquement les cas MAS (couverts et non couverts) alors que l'estimation de la couverture unique prend compte des cas MAS et des cas en voie de guérison

Pour ce qui est de la qualité de la prise en charge, si les indicateurs SPHERE sont conformes aux normes, il faut noter que le district enregistre une durée moyenne de séjour longue qui est révélateur d'insuffisances dans le respect des protocoles thérapeutiques.



La collecte et l'analyse des données qualitatives nous a permis quant à elles de comprendre les appréhensions de la communauté sur la malnutrition et le programme PCIMA

L'investigation a révélé que la communauté a une assez bonne connaissance du marasme (causes, conséquence, signes) mais ne connaît pas assez le kwashiorkor qui est souvent considéré comme une maladie "mystique" qu'il faut soigner chez les charlatans. La stigmatisation jadis connu autour de la malnutrition semble n'est plus d'actualité à en croire les dires des populations interviewées.

Sur la connaissance et l'appréciation du programme PCIMA les avis des interviewés sont départagés : d'une part, il y en a qui connaissent bien le programme (médicaments utilisés, périodicité des rendez-vous, et même l'interprétation des couleurs du MUAC) ; ils estiment aussi que l'ATPE est un produit efficace contre malnutrition et apprécient positivement l'accueil dont ils bénéficient dans les formations sanitaires de la part des agents de santé.

D'autre part, il y en a qui ne connaissent pas bien le programme PCIMA, qui qualifient l'accueil des agents de santé de mauvais lié très souvent à des insuffisances de communication ; toujours dans ce registre, certains interviewés ont affirmés que les services ne sont pas souvent continus dans certaines formations sanitaires. Par exemple « les mères des enfants MAS ne sont pas reçues au CSPS lorsqu'elles arrivent tard, absence de garde ». Il est ressorti également lors des entretiens quelques cas de ruptures d'intrants MAM qui pourrait influencer indirectement la couverture du programme PCIMA. L'absence de mécanisme de suivi des références des cas des CSPS vers le CHR est ressortie aussi comme facteur ne favorisant pas la couverture.

Au niveau communautaire, on peut retenir comme éléments positifs pour la couverture le CSPS qui est considéré comme premier recours par certains interviewés, il y a également la formation des ASBC et enfin la réalisation des sensibilisations par plusieurs ONG/Acteurs ; autre élément favorisant important est l'amélioration de la sécurité dans le district avec l'avènement des Kolgwéogos ou groupes d'auto-défense. La réalisation du dépistage par plusieurs acteurs communautaires a également signalé comme positif. Toutefois, beaucoup de facteurs ont été identifiés comme barrières à la couverture ; parmi eux ceux qui nous semblent importants sont : difficulté d'accès aux formations sanitaires par certaines populations à cause de la distance ou des bas-fonds, l'insuffisance d'implication des hommes et certaines ethnies (exemple : les peulhs) dans les activités de sensibilisation, et l'absence/insuffisance de coordination des activités communautaires menées par les ONG.

Pour faire face à ces barrières des recommandations ont été formulées et un plan d'action élaboré à cet effet. Notons que ce plan d'action a été élaboré de concert avec l'équipe cadre du district qui l'a validé en promettant d'en faire sien. Afin de s'assurer de sa mise en œuvre, un comité de suivi composé du MCD de Fada, du Point focal Nutrition de la DRS de l'Est et du Coordonnateur Terrain d'Action contre la Faim (Fada) a été mis en place. La mise en place de ce comité de suivi a été motivée par les résultats du bilan d'exécution des recommandations de l'enquête SQUEAC antérieure jugés peu satisfaisant par manque de suivi.



VI. RECOMMANDATIONS ET PLAN D' ACTIONS

RECOMMANDATIONS	ACTIVITES	SOURCES DE VERIFICATION	ECHEANCES	RESPONSABLE DE MEO	COLLABORATEURS
Renforcer les activités de communication sur la malnutrition et le programme PCIMA à l'endroit de la communauté	Organiser une journée d'orientation des ASBC dans chaque CSPS sur la malnutrition avec un focus sur le kwashiorkor ainsi que le programme PCIMA	Rapport de formation; liste de présence	Fin Avril 2017	Resp Promotion de la Santé du DS	COGES, OBCE
	Réaliser chaque année et dans chaque village au moins 2 séances de sensibilisation sur la malnutrition et la PEC (par les ASBC)	Rapport d'activités des ASBC; rapport supervision de l'ICP	mai-17	Infirmier chef de Poste	COGES, OBCE
	Organiser au moins deux séances de causeries sur la malnutrition (signes, causes, conséquences) et sa PECMAS (cibles, ration et respect des RDV, gratuité de la PECMAS) lors des séances de suivi	Rapport d'activités des ASBC; rapport supervision de l'ICP	mai-17	Infirmier chef de Poste	COGES, OBCE
	Intensifier la communication entre AS et mères d'enfants MAS lors des séances de suivi sur la connaissance de la malnutrition (signes, causes, conséquences) et du programme (cibles, ration et respect des RDV, gratuité de la PECMAS)	Registre d'IEC; rapport de supervision	Fin 2018	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
	Doter tous les ASBC en boites à images	Rapport de supervision des ASBC	Fin 2018	MCD	DRS; DN



Renforcer les activités communautaires	Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour la poursuite et le renforcement de l'approche PB-mères	Correspondances	Fin 2017	MCD	DRS; DN; Action contre la Faim
	Faire un plaidoyer au niveau des radios locales pour pouvoir avoir des plages gratuites afin de développer des thèmes sur la malnutrition et sa PEC au moins une fois par trimestre	compte-rendu de plaidoyer	Fin 2017	Resp Promotion de la Santé du DS	Responsables des radios locales
	Organiser des séances de sensibilisation au profit des hommes (groupement et association d'hommes)	Rapport d'activités	Fin 2018	Infirmier chef de Poste	AISHC; COGES
	Réaliser des visites à domicile de sensibilisation sur la malnutrition et la PEC à l'endroit des TPS	Cahier de VAD	Début 2018	Infirmier chef de Poste	AISHC; COGES
Améliorer la coordination entre les différentes formations sanitaires	Renforcer la communication entre acteurs de prise en charge des CSPS, notamment en saison d'inaccessibilité pour que les enfants MAS isolés puissent poursuivre le traitement hors de leur zone (afin de ne pas les considérer comme abandon ou MAS multiples)	Registre PCIMA	Fin 2017	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
Améliorer la qualité et l'organisation des services au niveau CSPS	Assurer une bonne répartition des agents de santé	Annuaire statistique	Fin 2018	MCD	DRS
	Intensifier la communication entre AS et mères d'enfants MAS lors des séances de suivi sur la connaissance de la malnutrition et du programme	Registre d'IEC; rapport de supervision	Fin 2018	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS



	Anticiper sur les activités de suivi par rapport aux événements à venir (campagnes de masse, grèves, etc) pour éviter les ruptures d'intrants au niveau des bénéficiaires	Fiches de suivi, cartes de ration	Fin 2017	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
	Utiliser la flotte pour assurer un meilleur suivi des références/contre-références CS-PS-CHR et vice versa; Aussi afficher le numéro de tous les ICP au CREN du CHR et communiquer celui du CREN aux CS-PS(60255448)		mai-17	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
	Améliorer l'organisation des services pour une meilleure continuité des soins	Rapport de supervision	Fin 2017	MCD	Autres membres de l'ECD
	Appliquer rigoureusement du protocole PCIMA	Fiches thérapeutiques	Fin 2017	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
Impliquer davantage les peulh dans les activités PCIMA	Faire un plaidoyer pour augmenter le nombre des ASBC peulh dans les villages	Liste des ASBC par CS-PS	Début 2021	MCD	Mairie
	Former des mères leaders dans les camps des groupes minoritaires (Peulhs....) pour assurer la sensibilisation de leurs pairs	Rapport d'activités	mai-17	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
	Réaliser des séances de sensibilisations ciblées dans les camps des groupes minoritaires qui se retrouvent dans des hameaux qui ne sont pas administrativement reconnus (peulhs...)	Rapport d'activités	Fin 2018	Infirmier chef de Poste	Point Focal Nut CSPS
Améliorer la coordination des acteurs intervenant dans le domaine de la PCIMA	Tenir des rencontres semestrielles de concertation entre acteurs dans le domaine de la nutrition et de la prise en charge	Rapport d'activités	Fin 2018	MCD	Les ONG



Améliorer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	Veiller au remplissage correctement les outils de suivi et prise en charge	Rapport de supervision Rapport de formation continue	Trimestrielle Continu	ECD, ICP	Points focaux Nut CSPS
	Assurer la formation continue des agents lors des supervisions notamment sur la prise des mesures anthropométriques (poids, taille et surtout PB)	Rapport de supervision Rapport de formation continue	Trimestrielle Continu	ECD, ICP	Points focaux Nut CSPS
	Veiller au dépistage systématique de la MAS lors des consultations curatives	Registre de consultation	Continu	ICP	Points focaux Nut CSPS



VII. CONCLUSION

Les résultats de la présente étude ont permis d'estimer la couverture du programme de prise en charge des MAS dans le district sanitaire de Fada. La couverture de 52,0% [IC, 95% : 44,6%-59,3%] qui a été retrouvée peut être jugée acceptable conformément aux normes SPHERES (50% en zone rurale).

Toutefois, plusieurs barrières ont été identifiées et doivent être levées afin d'améliorer la couverture de la prise en charge des MAS. La mise en œuvre effective des recommandations qui ont été formulées en est la solution. Du moment où le programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition mené par Action contre la Faim a pris fin en mars 2016 dans le district, il revient à l'équipe cadre du district de Fada de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations formulées à travers la mise en œuvre des activités ainsi proposées.

La poursuite de l'approche PB mère reste une opportunité pour améliorer la couverture des programmes PCIMA ; mais cela ne serait possible que par l'accompagnement des partenaires surtout pour l'achat des MUAC.



Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des prévalences de la MA au cours des 6 dernières années dans la région de l'Est

Graphique 2 : Admissions janvier-décembre 2016 par FS vs taille de la population

Graphique 3 : Comparaison entre les admissions en PCA et en PCI

Graphique 4 : Proportion des MAS selon les critères d'admissions en PCA

Graphique 5 : Portes d'entrée des admissions

Graphique 7 : Répartition géographique de la population et des admissions

Graphique 8 : Situation des abandons en 2016

Graphique 9 : Durée moyenne de séjour avant abandon

Graphique 11 : Indicateurs de performance en PCA en 2016

Graphique 12 : Durée moyenne de séjour en PCA /CSPS

Graphique 13 : Médiane du PB à l'admission

Graphique 14 : Estimation de la couverture à priori, DS Fada, Burkina Faso. Février 2017

Graphique 15 : Raisons des cas non couverts

Graphique 16 : Estimation de la couverture à posteriori, DS de Fada, Burkina Faso. Février 2017

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des facteurs favorisant les décès au CREN du CHR de Fada à T3 et T3 2016

Tableau II : Liste des boosters et barrières

Tableau III : Liste des villages pour la petite enquête

Tableau IV : Calcul de la probabilité a priori. DS Fada, Burkina Faso. Février 2017

Tableau V: Résultats de la recherche active des cas, DS de fada, Burkina Faso. Février 2017.



Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des informateurs clés, des méthodes et des ethnies

SQUEAC 2017 (GOURMA)

LEGENDE DES INFORMATEURS CLÉS	Codifications
Hommes	H
Femmes	F
Accompagnant de l'enfant MAS/mères	A-MASF
Accoucheuse villageoise	AV
Tradipraticien de santé	TPS
Autorité religieuse	AR
Chef coutumier	CC
Groupements féminins	GF
Agent de santé à base communautaire	ASBC
Agent de santé CSPS	AS
Membre Equipe cadre du district	ECD
Professionnels d'ONG	ONG
Grand-mère	Gdm
Autorité administrative (conseillers municipaux, CVD, maires, directeurs et enseignants des écoles)	A-Adm
Accompagnant de l'enfant MAS/pères	A-MASH
Organisation à base communautaire d'exécution	OBCE
Comité de gestion CSPS	COGES
METHODES	
Méthode	Code
Entretien individuel semi- structuré	1
Discussion informelle	2
Discussion de groupe	3
Observation	4
ETHNIES	
Gourmantché	Gu
Mossi	Mo
Peulh	Pe



Annexe 2 : Outils de collecte des données qualitatives et quantitatives

GUIDE D'ENTRETIEN: MEMBRES DE LA COMMUNAUTE (HOMMES, FEMMES)

Nbre des
personnes
interviewées

Ethnie:

Date:

District
sanitaire:
Fada

Aire de santé:

Village:

Equipe:

PROFIL PERSONNEL & COMMUNAUTAIRE

Malnutrition

(montrez les images de marasme / kwashiorkor)

- Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?

Si oui, quel type est plus courant?

- Est-ce que c'est une maladie comme les autres?
Oui . Pourquoi? Non. Pourquoi pas?
- Quels termes locaux utilise-t-on pour la décrire?
- Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie ?
- Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté » ?

Si oui, depuis quand? Selon vous pourquoi cette maladie est apparue dans votre communauté?

- Pensez-vous que cette condition est stigmatisée? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou relation dans la communauté?
- Comment décrit-on ses causes et symptômes?

Quel itinéraire thérapeutique utilise-t-on pour traiter cette maladie? Pourquoi?

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Avez-vous entendu parler du service PCIMA?
- Si oui, qui a parlé? A quelles occasions ? Qu'est-ce qu'il a été dit?
- Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service?
- Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? PPN, PPS, médicaments
- Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement?
- Connaissez-vous la périodicité des RDV de suivi ?
- Peut-on trouver des médicaments, du PPN ou le PPS en vente dans le village ?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel?
- Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
- Existen-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Si oui, citez-les et expliquez.

COUVERTURE / REJET / ABANDON

- Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA?
- Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement?

Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme?

- Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi?
- Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner?
- Y a-t-il des tradipraticiens ou guérisseurs dans le village ?

Les fréquentez-vous ?

SENSIBILISATION & DEPISTAGE

- Qui fait la sensibilisation dans votre communauté? A quelle fréquence? Sur quels sujets?
- Quels sont les canaux de communication ? A quelle fréquence ?
- Assistez-vous aux séances de sensibilisation? Pourquoi? Pourquoi pas?
- Que pensez-vous de ces séances? Sont-elles intéressantes? Ennuyantes? Pourquoi?
- Que pensez-vous de l'information partagée? Utile? Pas utile? Pourquoi?
- Pensez-vous que la sensibilisation est suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas?



- Comment devrait-elle être renforcée?
- Est-ce qu'il y a des personnes dans votre communauté qui mesurent les enfants?

Si oui, qui? A quelle fréquence? Comment?
Connaissez-vous cet outil (MUAC) ?

GUIDE D'ENTRETIEN: ASBC

Nbre. des personnes interviewées

dont _____ femmes et _____ hommes

Ethnie: _____

Date: _____

District sanitaire: Fada

Aire de santé: _____

Village: _____

Equipe: _____

MALADIES INFANTILES & MALNUTRITION

Malnutrition

(montrez les images de marasme / kwashiorkor)

- Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci?

Si oui, quel type est plus courant?

Est-ce que c'est une maladie comme les autres?

Oui . Pourquoi? Non. Pourquoi pas?

- Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire?
- Quelles sont les personnes les plus touchées par cette maladie ?
- Comment est-elle aperçue dans la communauté? Pourquoi?
- Est-ce que c'est une « nouveauté » dans votre communauté?

Si oui, depuis quand? Selon vous pourquoi cette maladie est apparue dans votre communauté?

- Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Pourquoi?
- Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?
- Quels sont les symptômes de cette maladie?
- Quelles sont ses causes?
- Quels sont ses conséquences?
- Quel itinéraire thérapeutique utilise ton pour soigner les enfants ?

Pouquoi,

CONNAISSANCE DU SERVICE PCIMA

- Avez-vous entendu parler du service PCIMA?
- Si oui, qui a parlé? A quelles occasions ? Qu'est-ce qu'il a été dit?
- Connaissez-vous quels enfants sont ciblés par le service?
 - Connaissez-vous quel traitement ils reçoivent? PPN, PPS, médicaments
 - Qu'est-ce que vous pensez de ce traitement?
 - Connaissez-vous la périodicité des RDV de suivi ?
 - Peut-on trouver des médicaments, du PPN ou le PPS en vente dans le village ?
 - Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
 - Qu'est-ce que vous pensez du service PCIMA comme tel?
 - Comment est-il aperçu dans la communauté? Pourquoi?
 - Existents-ils les obstacles/barrières à l'utilisation de ce service?

Si oui, citez-les et expliquez.

COUVERTURE / REJET / ABANDON

- Est-ce qu'il y a beaucoup d'enfants dans votre communauté qui bénéficient du service PCIMA?
- Connaissez-vous autres enfants malnutris dans votre communauté qui ne bénéficient du traitement?

Si oui, pourquoi ils ne sont pas dans le programme?

- Connaissez-vous des enfants qui ont été rejetés? Pourquoi?
- Connaissez-vous des enfants qui ont abandonné le traitement? Pourquoi? Comment pourrait-on les motiver de retourner?
- Y a-t-il des tradipraticiens ou guérisseurs dans le village ?

Les fréquentez-vous ?



Date : _____ Numéro d'équipe : _____

Zone de responsabilité : _____ Nom complet de l'enfant : _____

1. DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT ? _____

2. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNOURRI ?

OUI NON

3. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN PROGRAMME QUI PEUT AIDER LES ENFANTS MALNOURRIS ?

OUI NON (→ stop !)

Si oui, quel est le nom du programme ? _____

4. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS AMENÉ VOTRE ENFANT EN CONSULTATION AUPRÈS DE CE PROGRAMME ?

Ne pas lire les réponses à la personne interrogée. Cocher la case correspondante après chaque réponse donnée et relancer la personne en demandant « Y a-t-il d'autres raisons ? ». Plusieurs cases peuvent être cochées.

Réponses	Cocher	Notes
Trop loin (distance en km ? ____ combien d'heures ? ____)	<input type="checkbox"/>	
Je n'ai pas le temps/ trop occupée	<input type="checkbox"/>	
La mère/ l'accompagnant est malade	<input type="checkbox"/>	
L'enfant est dans le programme CNS	<input type="checkbox"/>	
La mère a honte d'aller dans le programme	<input type="checkbox"/>	
Je dois être référé par quelqu'un et il n'y a personne pour le faire	<input type="checkbox"/>	
Il n'y a personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants	<input type="checkbox"/>	
Le personnel du centre de santé réclame de l'argent	<input type="checkbox"/>	
L'accueil par le personnel du centre est mauvais	<input type="checkbox"/>	
Le temps d'attente est trop long	<input type="checkbox"/>	
L'enfant a été rejeté auparavant. Quand ? (période approximative) _____	<input type="checkbox"/>	



L'enfant d'autres personnes a été rejeté		
Mon mari/ ma famille a refusé		
L'accompagnant(e) ne pense pas que le programme peut aider l'enfant (il/ elle préfère la médecine traditionnelle, etc.)		
Autres raisons (détailler)		

5. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ADMIS DANS LE PROGRAMME MAS ?

OUI NON (→ stop !)

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

Abandon : Quand ? _____ Pourquoi ? _____

Guéri et déchargé du programme : Quand ? _____

Déchargé parce que l'enfant ne guérissait pas : Quand ? _____

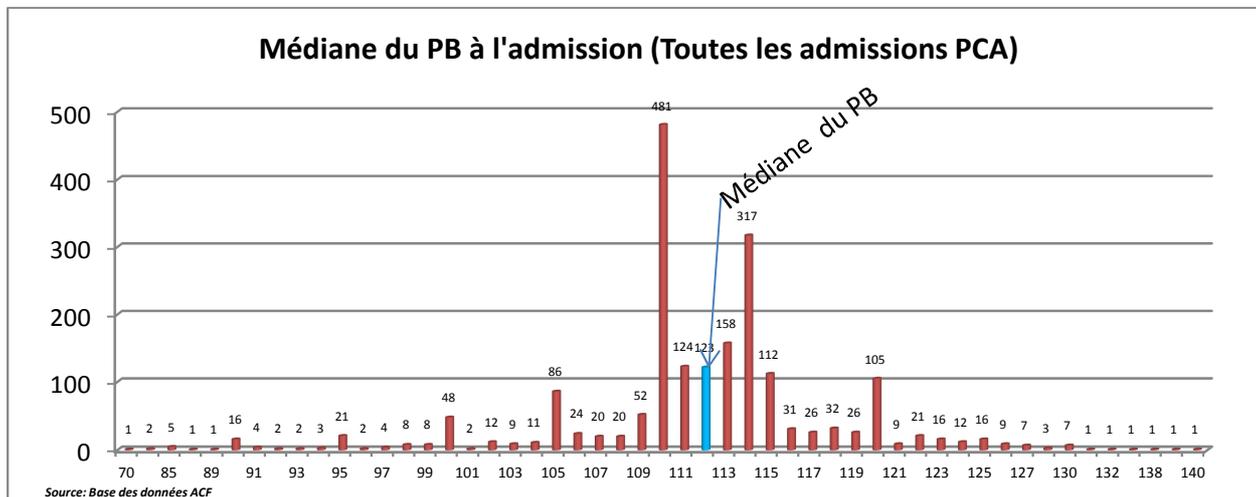
Autres : _____

Remercier l'accompagnant et référer l'enfant au CSPS le plus proche

Etablir une liste précise des enfants référés afin de suivre leur admission par la suite



Annexe 3: Médiane du PB à l'admission (pour toutes les admissions)



Annexe 4: Equipe d'investigation

❖ APPUI TECHNIQUE

- Mme YABRE Mariam : Nutritionniste à la Direction de la Nutrition
- Mr HASSOUMI B. AbdoulAzize | Responsable du Département Santé- Nutrition
- Mr GUITANGA D. Joseph : Responsable Adjoint du Département Santé- Nutrition

❖ EQUIPE D'INVESTIGATEURS

NOM	PRENOMS	CONTACT TELEPHONIQUE
THIOMBIANO	Yenipoundi	70 63 48 83
HARO	Timothé	72 97 87 88 // 68 62 84 98
THIOMBIANO	Londioa	70 19 26 24
LOMPO	Souglimpo	71 98 33 20
YOROUBA	Sadjoukou	70 17 66 22
YONLI	Bendjoa	70 70 22 45
SONDE	Laya	70 68 30 99 //72 59 25 73
YONLI	André	66 03 82 10 // 70 05 41 04
MAIGA	Balkissa Assimi	60 86 24 30
TOUNKOE	Adama	70 09 27 03 //67 03 20 93



❖ EQUIPE DES SUPERVISEURS

NOM	PRENOMS	CONTACT TELEPHONIQUE
MINOUGOU	Cyrille	74 13 40 72 // 76 79 40 73
GUITANGA	Joseph	64 21 21 38 // 70 05 59 46
YABRE	Mariam	78 83 13 38 // 73 24 91 71
SANOU	Seydou Nestor	64 18 00 28 // 70 28 04 22
WANGRE	Théophile	67 16 63 69 // 70 12 56 78
OUEDRAOGO	Luc Bertrand	70 58 08 56 // 78 21 56 66