VALID

RESEARCH

REPORT

Lionella Fieschi

ENQUÊTE DE COUVERTURE

de la
"Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë" (PCIMA)

Avec la méthode

SLEAC

(Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié)

Districts Sanitaires de Markala & Macina
Région de Ségou
Mali
Du 13 au 27 janvier 2014

Valid International

Lionella Fieschi
Valid International
lio@validinternational.org

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS 4
REMERCIEMENTS 4
RÉSUMÉ 5
1. INTRODUCTION 7
2. OBJECTIFS 8
3. MÉTHODOLOGIE 8
3.1 Choix de la méthode d'enquête 8
3.2 Étapes de l'enquête SLEAC 9
3.3 Classification de la couverture 11
3.4 Autres données analysées 12
3.5 Formation, équipe d'enquête, supervision et débriefing 13
4. RÉSULTATS 14
4.1 Activités préliminaires 14
4.2 Structure organisationnelle et volet communautaire 15
4.3 Indicateurs de performance 16
4.4 Choix du type de couverture 18
A. DISTRICT SANITAIRE DE MARKALA 20
4.5 Profil des enfants identifiés 20
4.5.1 Age des enfants identifiés 20
4.5.2 Médiane du PB des cas MAS non couverts 20
4.5.3 Médiane du PB des enfants couverts 21
4.5.4 État de santé des cas MAS non couverts (perception de la mère) 22
4.6 Classification de la couverture 22
4.7 Barrières à l'accessibilité 23
B. DISTRICT SANITAIRE DE MACINA 25
4.8 Profil des enfants identifiés 25
4.8.1 Age des enfants identifiés 25
4.8.2 Médiane du PB des cas MAS non couverts 25
4.8.3 Médiane du PB des enfants couverts 26
4.8.4 État de santé au moment de l'enquête (perception de la mère) 26
4.9 Classification de la couverture 27
4.10 Barrières à l'accessibilité 28
5. ÉLÉMENTS QUI INFLUENCENT LA COUVERTURE 29
6. CONCLUSION & RECOMMENDATIONS 35
Annexe 1: CSCom d'intervention de TdH 38
Annexe 2: Itinéraire 41
Annexe 3: Fiche de collecte des données 42
Annexe 4: Questionnaire pour enfants MAS non couverts 43
Annexe 5: Liste des participants à la formation et à l'enquête SLEAC 44
Annexe 6: Terminologie locale, acteurs clé et facteurs contextuels 45
Annexe 7: Indicateurs de performance 46
Annexe 8: Markala - données SLEAC 48
Annexe 9: Macina - données SLEAC 49
Annexe 10: Éléments qui influencent la couverture des programmes PCIMA 50

ABRÉVIATIONS

ATPE	Aliments Thérapeutique Prêt à l'Emploi
ASC	Agent de Sante Communautaire
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centres de Santé de Référence
DS	District Sanitaire
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement (programme WASH)
MAG	Malnutrition Aigue Globale
MAM	Malnutrition Aigue Modérée
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PEV	Programme Élargi de Vaccination
P/T	Indicateur Poids selon la Taille
RAC	Recherche Active des Cas
SLEAC	Simplified LQAS evaluation of access and coverage
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture)
TPS	Tradi-Praticien de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URENAM :	Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS:	Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI:	Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive
VAD	Visite à Domicile

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble du personnel de Terre des Hommes (TdH) du bureau central de Bamako et des bureaux terrain de Ségou, Markala et Macina pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité à satisfaire nos besoins.

L'enquête SLEAC n'aurait jamais pu être réalisée sans l'actif engagement de l'équipe d'enquêteurs et de superviseurs. Tous les participants se sont investis avec énergie et enthousiasme dans l'exercice et cela sans compter les longues heures de travail. Nous espérons que les résultats de l'enquête puissent contribuer à améliorer le service URENAS ainsi la couverture de l'ensemble de l'intervention. Enfin, nous tenons à remercier les chauffeurs qui nous ont conduits en toute sécurité dans multiples villages des districts de Markala et de Macina.

RÉSUMÉ

Depuis février 2013, Terre des Hommes (TdH) appuie le programme de Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) dans les Districts Sanitaires (DS) de Markala et de Macina dans la région de Ségou. Durant les premiers mois, les activités étaient menées en collaboration avec une autre organisation qui intervenait déjà dans les deux zones. C'est à partir du mois de mai 2013 que TdH a pris véritablement le leadership du volet d'appui aux activités des *Unités de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Modérée* (URENAM) et des *Unités de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère* (URENAS) menées dans 13 et 16 Centres de Santé Communautaire (CSCom) des DS de Markala et Macina respectivement. De plus, l'organisation appuie également deux *Unités de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive* (URENI) pour les cas de malnutrition avec complications médicales.

Considérant la fin prochaine de cette première phase, TdH a fait appel à l'expertise de Valid International (Valid) pour estimer la couverture du service URENAS et cela par l'application de la méthode SLEAC[1]. L'objectif principal de cette méthode est de fournir la *classification* de la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service.

Afin de réalisée l'enquête, douze enquêteurs et quatre superviseurs de TdH ont été formés pendant trois jours. L'enquête proprement dite s'est étalée sur sept jours. L'analyse des données a été effectuée par la consultante de Valid mais les deux Chef de Zone (CDZ) Nutrition ont été, sommairement, formés aux différentes étapes et ont choisi le type de couverture ; la *couverture actuelle* semblait la plus appropriée compte tenu des caractéristiques du programme et des barrières identifiées.

Les activités de recherche active ont permis d'identifier 47 et 42 enfants souffrant de Malnutrition Aigue Sévère (MAS) à Markala et Macina respectivement. Sur les 47 enfants identifiés à Markala seulement 4 étaient pris en charge à l'URENAS au moment de l'enquête alors que pour Macina 12 des 42 enfants étaient pris en charge. Sur la base de ces données, la *couverture actuelle* de Markala a été classifiée comme *faible* et la couverture de Macina comme *moyenne*.

District	Cas MAS trouvés (n)	Cas MAS couverts (c)	Cas MAS non couverts	Seuil de décision inférieur d1 = ⌈n/5⌉	Est-ce que c>d1?	Seuil de décision supérieur d2 = ⌈n/2⌉	Est-ce que c>d2?	Classification de la couverture
Markala	47	4	43	9	non			faible
Macina	42	12	30	8	oui	21	non	moyenne

Néanmoins, si on exclu un facteur confondant, c'est-à-dire le dépistage de masse fait la semaine précédente dans deux villages de Macina, la couverture du DS de Macina serait aussi *faible*.

Les réponses à un questionnaire soumis aux mères des enfants non couverts ont permis de dresser une liste de plusieurs barrières à l'accessibilité au service URENAS. Des barrières ont été identifiées à différents niveaux. La principale barrière se situe au niveau de la capacité d'identification/référence rapide et cela reliée au fait que, depuis le démarrage de l'appui de TdH une seule campagne de dépistage de masse a été réalisée dans chaque village et dans chaque concession. La faible capacité est renforcée par la sous utilisation des agents communautaire qui

[1] L'acronyme anglophone SLEAC (Simplified LQAS evaluation of access and coverage) est généralement utilisé pour désigner la méthodologie *Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié*

ne sont ni actifs ni équipés en dehors des périodes de dépistage de masse. D'autres barrières touchent les volets de sensibilisation (connaissance de l'état de malnutrition, du service et des caractéristiques du service), la qualité du service de prise en charge, le système de suivi des absences/abandons/référence et les activités menées au moment de la décharge. Certaines barrières sont liées à des directives spécifiques incluses dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition du Mali.

Bien que l'objectif principal des enquêtes SLEAC n'est pas de formuler des recommandations mais plutôt d'orienter vers une connaissance plus approfondie de certains éléments à d'aide d'une méthode d'investigation, telle que la méthode SQUEAC[2], des recommandations préliminaires touchant les éléments principaux ressortis lors des discussions avec les mères des cas MAS non couverts et donc les éléments prioritaires à approfondir ont été formulées.

Des recommandations ont aussi été faites quant à la période pour entreprendre les campagnes de dépistage de masse et les enquêtes SLEAC (ou SQUEAC) futures. L'attention a été aussi attirée sur l'importance de renforcer les activités de suivi et supervision des activités au niveau des CSCom et activités de TdH.

[2] L'acronyme anglophone SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage) est généralement utilisé pour désigner la méthodologie d'*Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture*

1. INTRODUCTION

Depuis février 2013, Terre des Hommes (TdH) a démarré un programme intégré d'appui et de prévention intersectoriel englobant la nutrition, la protection et le volet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) pour les enfants les plus vulnérables touchés par la crise alimentaire et le conflit au niveau des districts sanitaires (DS) de Markala et de Macina. Le choix de ces deux DS est basé sur les recommandations d'une mission exploratoire qui a eu lieu en juillet 2012, mission qui a été dépêchée sur la base des données de l'enquête SMART 2012 qui indiquaient une augmentation des taux de malnutrition dans la région de Ségou par rapport à l'année précédente.

La commune rurale de Markala est située à 35 km de Ségou. Le programme de TdH couvre 13 des 18 aires de santé et compte 127 villages pour une population estimée à 201,772 habitants. La commune comprend une grande diversité ethnique. La langue dominante est le bambara. L'activité économique principale de la commune est l'agriculture. Cependant, la présence du fleuve Niger et des réseaux d'irrigation permettent le développement d'une intense activité de pêche. L'élevage constitue aussi l'occupation principale d'une frange non négligeable de la population[3].

Le cercle de Ké Macina communément appelé Cercle de Macina est situé à 140 km de Ségou et s'étend à califourchon du fleuve Niger. Le programme de TdH couvre l'ensemble des 18 aires de santé; cependant la présente enquête s'est tenue dans 16 aires de santé car deux aires ont été nouvellement annexées au programme; la zone correspond à 230 villages avec une population de 258,430 habitants. Le cercle connaît un relief plat constitué essentiellement de plaines fertiles. Le réseau hydraulique est composé du seul fleuve Niger qui inonde plusieurs mares et plaines du cercle; les cultures principales sont le riz et le mil. La langue bambara prédomine dans la zone et elle est bien maîtrisée par l'ensemble des groupes ethniques. Une carte géographique des deux districts d'intervention de TdH est présentée à l'annexe 1.

Le volet nutrition inclus l'appui au service *Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère* (URENAS) pour les cas de Malnutrition Aigue Sévère (MAS) et au service *Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Modérée* (URENAM) pour les cas de Malnutrition Aigue Modérée (MAM). En plus des 29 Centres de Santé Communautaire (CSCom), le programme de TdH appuie également deux *Unités de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive* (URENI) pour les cas de malnutrition avec complications médicales : à Markala l'Unité est située dans l'enceinte du Centre de Santé de Référence (CSRéf) alors qu'à Macina, compte tenu que le CSRéf est en phase de réhabilitation, TdH a aménagée l'Unité dans des locaux temporaires loués à cette fin.

TdH a fait appel à l'expertise de Valid International (Valid) pour estimer la couverture du volet de prise en charge de la MAS et cela par l'application de la méthode SLEAC. L'objectif principal de cette méthode est de fournir la *classification* de la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service. La mission s'est déroulée du 13 au 27 janvier 2014 (annexe 2).

[3] Adapté de : Présidence de la république du Mali, Commissariat à la sécurité alimentaire (CSA), projet de mobilisation des initiatives en matière de sécurité alimentaire au Mali (PROMISAM). Région de Ségou, Cercle de Ségou, commune rurale de Markala : plan de sécurité alimentaire, commune rurale de Markala, 2008 – 2012.

2. OBJECTIFS

Les termes de références[4] de l'entente signée entre Terre des Hommes et Valid International précisent les objectifs de la mission:

1. Mener une enquête de couverture avec la méthode SLEAC dans les districts sanitaires de Markala et de Macina;
2. Former le personnel de TdH sur la méthodologie SLEAC;
3. Déterminer la classification de la couverture dans les deux districts pour le service URENAS;
4. Superviser les équipes durant toute la durée de l'enquête;
5. Formuler des recommandations à TdH Mali, sur la base des résultats de l'enquête, en vue d'améliorer la couverture du programme PCIMA dans la zone d'intervention;
6. Soumettre un rapport indiquant les résultats de l'enquête et les recommandations

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Choix de la méthode d'enquête

La couverture est l'élément principal d'appréciation de l'efficacité d'une intervention. Plusieurs facteurs peuvent entraver l'accessibilité et diminuer la couverture. Dès le démarrage d'un service, l'identification des barrières et des éléments favorisants l'accessibilité devrait faire partie des activités de routine de suivi et de monitorage. Différentes méthodes, dont SLEAC et SQUEAC ont été développées pour classifier ou estimer la couverture des programmes PCIMA et fournir aux gestionnaires des outils pour identifier les barrières éventuelles, afin d'intervenir au plus vite pour l'atteinte d'une couverture optimale.

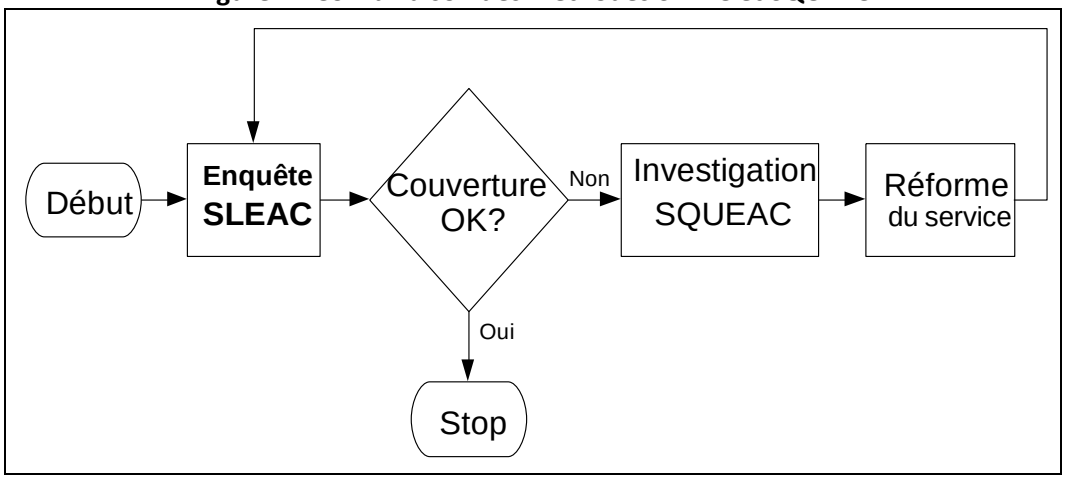
La méthode SLEAC demande peu de ressources et permet de fournir la classification de la couverture du service PICMA dans une unité de service. Dépendamment de la taille du programme, SLEAC peut être appliqué au niveau national ou régional, où l'unité de service est le *district sanitaire* ou au niveau district où l'unité de service est l'aire de couverture de chaque *centre de santé*. Lorsqu'appliquée dans toutes les unités de service régionales ou nationales, la méthode permet d'estimer la couverture et de fournir la cartographie de la couverture pour chaque unité de service. Dans le cadre de la présente enquête et considérant que seulement deux districts sanitaires étaient à l'étude, seulement la classification de la couverture a été produite.

Idéalement, les deux méthodes, SLEAC et SQUEAC, sont combinées. La première méthode est utilisée pour fournir rapidement une *classification* de la couverture dans une vaste zone alors que la deuxième méthode est appliquée au niveau local afin d'obtenir l'*estimation* de la couverture et mieux comprendre les facteurs qui déterminent le succès ou l'échec du programme/service. La méthode SLEAC fournit aussi une liste de barrières à la couverture et à l'accessibilité mais cela d'une manière plus limitée et sommaire; ces éléments vont permettre de mieux orienter et trianguler les informations à l'aide de différentes méthodes et auprès de différents acteurs au

[4] Les points présentés ici sont une adaptation des Termes de Références originaux en version anglaise

cours de l'investigation SQUEAC. Seulement la première étape, soit l'enquête SLEAC, a été réalisée au cours de cette mission.

Figure 1 : Combinaison des méthodes SLEAC et SQUEAC



SLEAC se base sur la méthode LQAS (Échantillonnage par Lot pour l'Assurance Qualité) simplifié. La classification de la couverture (élevée, moyenne ou faible) est obtenue en comparant les résultats de l'enquête avec des seuils de classification préalablement définis. Des informations simples sur les barrières à l'accessibilité sont fournies par l'analyse des questionnaires soumis aux mères/accompagnants[5] des enfants MAS qui n'étaient pas pris en charge à l'URENAS au moment de l'enquête.

3.2 Étapes de l'enquête SLEAC

L'enquête proprement dite consiste en deux étapes:

1. *Echantillon géographique systématique (par unité de service)*

Une taille d'échantillon de 40 enfants MAS est généralement utilisée dans les enquêtes SLEAC, ce nombre est suffisant pour établir la classification de la couverture.

Le nombre de villages (unité d'échantillonnage primaire - UEP) à enquêter pour atteindre un échantillon de 40 a été calculé en utilisant la population médiane de l'ensemble des villages de chaque district, la proportion des enfants de 6-59 mois et la prévalence attendue de la MAS à cette période selon la formule suivante :

$$\text{Nb. d'UEP (villages)} = \frac{\text{Taille de l'échantillon requise (n)}}{\textit{Médiane de la pop.totale des villages} \times \frac{\textit{Pourcentage de la population 6–59mois}}{100} \times \frac{\textit{Prévalence de la MAS}}{100}}$$

[5] Parfois la personne en charge de l'enfant n'est pas la mère, raison pour laquelle le terme mère/accompagnant serait le plus approprié; néanmoins pour alléger le texte seulement le terme « mère » est utilisé dans ce document.

Le pourcentage de la population âgée entre 6 et 59 mois utilisé au Mali est de 16,8%. La prévalence de la MAS est généralement basée sur les données de la dernière enquête SMART selon la mesure du périmètre brachial (PB), dans le cas de Macina et Markala, les résultats de la dernière enquête sont encore préliminaires et n'indiquent pas la prévalence sur la base du PB; considérant que la prévalence est assez faible dans cette période, nous avons utilisée une prévalence de 1,5%.

Les unités d'échantillonnage primaire (villages) ont été sélectionnées par échantillonnage systématique :

Étape 1: Liste de tous les villages par zone de couverture de chaque CSCom

Étape 2: Le pas d'échantillonnage a été calculé selon la formule suivante:

$$\text{Pas d'échantillonnage} = \frac{Nombre\ total\ de\ villages\ dans\ le\ district}{Nombre\ UEP}$$

Étape 3: le choix du premier village s'est fait sur la base d'un nombre aléatoire identifié à l'aide d'une table des nombres aléatoires; le nombre aléatoire correspond à un chiffre situé entre 1 et le pas d'échantillonnage.

Selon les calculs de l'étape 2, le choix de 16 villages de Markala et 20 villages de Macina devaient être suffisants pour l'enquête. Néanmoins, ce nombre n'était pas nécessairement suffisant pour assurer une bonne distribution géographique et l'ensemble des 16 CSCom; un minimum de 30 villages a été préféré, ce qui – sur la base du pas d'échantillonnage – donnait 32 villages pour Markala et 33 villages pour Macina. À Markala 32 villages ont été effectivement visités alors que à Macina le nombre total a été de 38 villages, cela du fait que :

- La population de certains villages sélectionnés était bien inférieure à la médiane de la population de l'ensemble des villages, ainsi les équipes ont aussi enquêté un village additionnel situé le plus près du village sélectionné
- Les équipes ont eu amplement le temps de terminer tous les villages sélectionnés et quelques villages additionnels ont été échantillonnés afin de garantir l'atteinte d'un échantillon de 40 cas
- Lors de deux premières journées d'enquête, le nombre de MAS identifié a été faible, ce qui semblait indiquer que la prévalence actuelle était inférieure à 1,5% et il y avait donc le risque de ne pas atteindre un échantillon de 40 cas

Il est à noter que le choix des villages aurait pu être fait sur la base d'un échantillonnage géographique. Pour cela, il était nécessaire de disposer d'une carte géographique (échelle 1 :100 000) indiquant tous les villages du district sur laquelle on aurait tracé des quadrants, d'environ 10 km x 10 km. Dépendamment de la population médiane des villages du district, quelques villages (généralement entre 1 et 3) auraient été choisis à partir du centre géographique de chaque quadrant. Puisque nous ne disposions pas d'une carte géographique possédant toutes les caractéristiques requises, nous avons choisi d'utiliser l'échantillonnage stratifié par CSCom (liste de tous les villages par CSCom).

2. Recherche active et adaptive des cas

Afin d'identifier les cas de malnutrition et les enfants présentement en URENAS/URENI, les équipes ont utilisé une méthode active et adaptive appelée *recherche active de cas*. D'une part, la méthodologie est *active* car elle consiste à rechercher activement les enfants malnutris au lieu de les identifier au sein d'un échantillon, d'autre part, elle est *adaptive* car elle utilise les informations recueillies pendant la recherche active et auprès de différents acteurs clé pour améliorer la recherche de cas.

Cette méthode est basée sur :

- une définition claire de ce qui est un *cas*
- l'identification des informateurs clé (gens qui connaissent bien les enfants sévèrement malnutris ou qui sont impliqués dans les soins)
- utilisation de la terminologie locale pour la description de la malnutrition et des types de malnutrition (marasme, kwashiorkor)

Ces activités préliminaires ont été menées avant le démarrage de l'enquête terrain et sont résumées dans la section 4.1.

3.3 Classification de la couverture

Les villages sélectionnés avec la procédure décrite plus haut ont été enquêtés avec la méthode de recherche active de cas. Dans chaque district sanitaire, l'échantillon de 40 enfants a été atteint et dépassé. La classification LQAS simplifiée a été utilisée pour analyser les données recueillies.

En accord avec la Chef de Projet Santé-Nutrition et considérant le démarrage récent du programme appuyé par TdH (moins d'un an), les seuils de décision de catégories retenus sont de 20% et 50%. Sur la base des données de l'enquête, les seuils ont été établis en utilisant les formules suivantes :

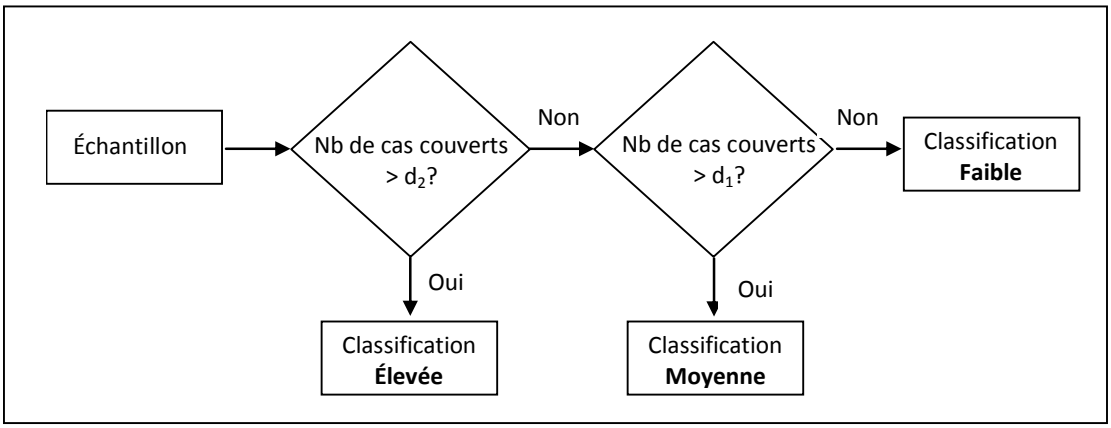
$d1 = \lfloor n \times p1 \rfloor$ soit $= \lfloor n \times \frac{20}{100} \rfloor$ $= \lfloor \frac{n}{5} \rfloor$

et

$d2 = \lfloor n \times p2 \rfloor$ soit $= n \times \frac{50}{100} \rfloor$ $= \lfloor \frac{n}{2} \rfloor$

Où *n* est la taille de l'échantillon obtenu au cours de l'enquête, *p1* est le seuil de la classe de couverture inférieure (i.e. 20%) et *p2* est le seuil de la classe de couverture supérieure (i.e. 50%). La couverture dans chaque district sanitaire a été classifiée à l'aide de l'algorithme décisionnel présenté dans la figure 2.

Figure 2 : Algorithme décisionnel pour un LQAS à trois classes



Deux mesures, la *couverture actuelle* et la *couverture de la période* peuvent être utilisées pour exprimer les résultats des évaluations de la couverture des programmes nutritionnels :

1. La *couverture actuelle* qui représente le niveau de couverture au moment de l'enquête, elle inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère.

2. La *couverture de la période* qui prend en compte tous les enfants sous traitement au moment de l'enquête, et cela indépendamment de leur état nutritionnel (enfants sévèrement malnutris et enfants en voie de guérison).

Une seule mesure est généralement utilisée pour le calcul du taux de couverture, le choix du type de couverture utilisé étant guidé par les caractéristiques du programme.

3.4 Autres données analysées

Une fiche de collecte des données a été utilisée pour chaque village enquêté (annexe 3). La compilation des données à permis de dresser un profil des enfants identifiés et cela selon :

- Age
- Médiane du PB des cas non couverts
- Médiane du PB des enfants couverts (MAS ou en voie de guérison)
- État de santé au moment de l'enquête (perception de la mère)

Un questionnaire a été soumis à chaque mère des cas de MAS qui n'étaient pas couverts au moment de l'enquête (annexe 4). La compilation des données à permis de produire un histogramme des différentes barrières à l'accessibilité.

3.5 Formation, équipe d'enquête, supervision et débriefing

Formation et équipe d'enquête

Trois jours de formation théorique et pratique ont précédé l'enquête proprement dite. Au total, 16 personnes ont été formées dont 12 enquêteurs[6] et 4 employés de TdH (les deux Chef de Zone et deux infirmiers superviseurs). La Cheffe de Projet Santé-Nutrition a également participé à la plupart des sessions dispensées. La liste des participants est présentée à l'annexe 5.

Le programme de formation incluait :

- Jour 1 : Introduction à la méthode SLEAC
  Procédure de la recherche active des cas – phase préparatoire
  Mesures anthropométriques (théorie)
  Procédure de la recherche active des cas
- Jour 2 : Terrain : phase préparatoire : terminologie, acteurs clé
  Mesures anthropométriques (pratique-test de standardisation)
- Jour 3 : Outils d'enquête
  Finalisation phase préparatoire

À la fin de l'enquête, une session sommaire de formation a été dispensée aux deux Chefs de Zone afin de parcourir toutes les étapes de la méthode. Les résultats partiellement analysés par la consultante ont servi d'exercice et ont fait l'objet de discussions notamment pour ce qui était du choix de la couverture la plus représentative du programme. Ces activités devaient aider les Chefs de Zone dans la réplication du même exercice dans quelques mois. Néanmoins, compte tenu du temps restreint alloué à leur formation, il est probable qu'un appui externe sur place ou à distance soit encore nécessaire pour parfaire leur connaissances et habilités.

Supervision

L'enquête terrain a duré sept jours. La supervision a été assurée par la consultante de Valid, par deux infirmiers superviseurs et, à Markala, par les deux Chefs de Zone. Chaque équipe a été supervisée au moins à deux reprises.

Débriefing

Une rencontre de débriefing a eu lieu au siège de TdH à Bamako à la fin de l'enquête, le Chef de Délégation, la Cheffe de Projet Santé-Nutrition et la Spécialiste Humanitaire de Santé (siège de Lausanne) étaient présents. La séance était appuyée par une présentation PowerPoint qui a été remise aux responsables de TdH.

[6] Les enquêteurs ont été choisis en consultations avec les médecins chef des districts sanitaires de Markala et de Macina

4. RÉSULTATS

4.1 Activités préliminaires

Avant de démarrer l'enquête proprement dite, les activités suivantes ont été réalisées :

1. *Population visée par l'enquête*

La population visée par l'enquête a été clairement établie sur la base de trois critères : âge, état nutritionnel, inscrit à l'URENAS au moment de l'enquête :

Figure 3: Définition de la population visée par l'enquête

Enfants âgés entre 6 – 59 mois qui présentent:

- **PB <115mm**

ou

- **Œdèmes bilatéraux**

- (P/T < -3 ZS) Critère d'admission à l'URENAS mais pas utilisé au cours de l'enquête SLEAC

et

- **Enfants présentement à l'URENAS mais en voie de guérison (ne sont plus MAS)**

2. *L'identification de la terminologie locale utilisée pour décrire la malnutrition*

La terminologie rattachée à la malnutrition est importante à connaître afin, d'une part, de pouvoir s'exprimer avec les termes connus lors des entretiens avec les acteurs communautaires et, d'autre part, d'identifier si certains termes ont un caractère stigmatisant. Cette recherche doit être faite pour toutes les langues de la zone à l'étude. Dans le cas de Markala et Macina, la recherche de la terminologie a été faite uniquement pour la langue bambara et, dans une moindre mesure, en peulh. En effet, selon les informations du personnel terrain, les différentes ethnies sont bien assimilées et comprennent très bien la langue locale. Le temps ne nous a pas permis de vérifier cette présomption et, dans les investigations futures, il serait préférable de s'entretenir avec les ethnies minoritaires pour confirmer cet aspect.

3. *L'Identification des acteurs clé qui connaissent les enfants MAS et qui peuvent aider à identifier leur maison*

Plusieurs acteurs communautaires peuvent connaître ou interagir avec les enfants MAS et cela de manière directe (par exemple les relais communautaire ou les guérisseurs traditionnels) ou de manière indirecte (par exemple certains chefs de villages). Ces acteurs jouent un rôle capital dans les activités de recherche active.

4. *L'identification de facteurs qui peuvent influencer le déroulement de l'enquête*

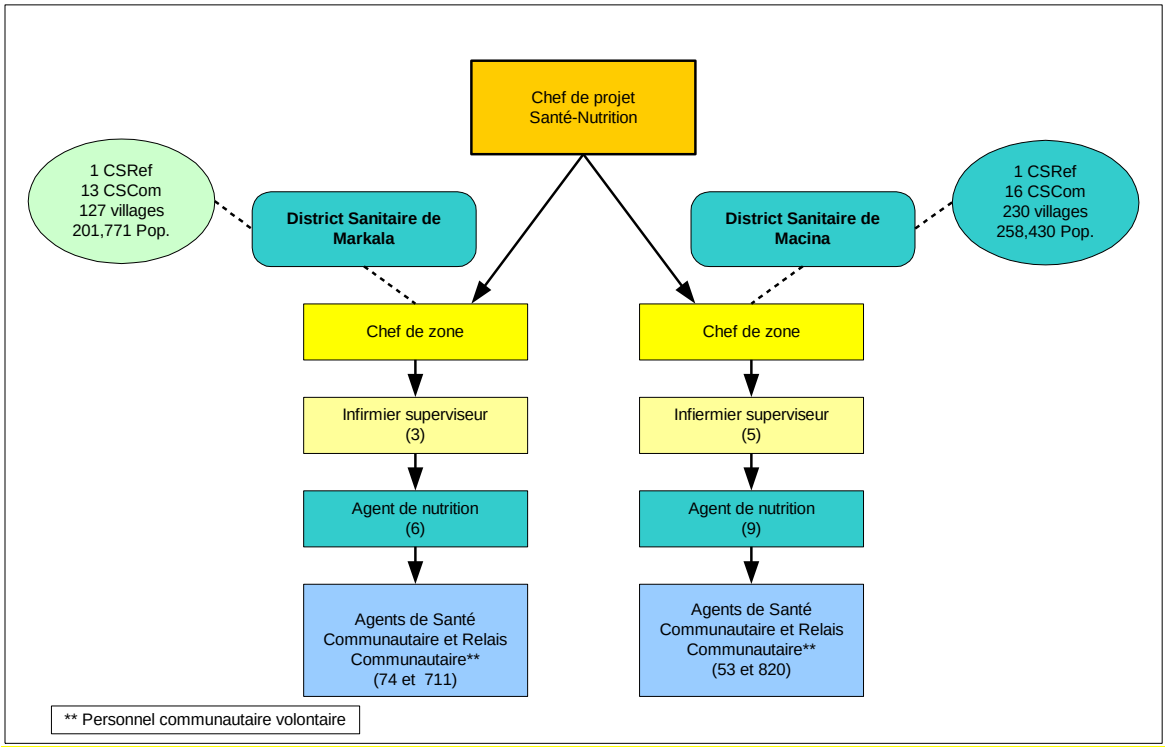
Il est important de connaître à l'avance les facteurs contextuels qui peuvent interférer avec les activités de recherche active. Par exemple, les mères peuvent être occupées à des activités qui les amènent hors du foyer (travaux agricoles, marchés hebdomadaires, etc.); les enquêteurs doivent savoir à l'avance quand les mères sont susceptibles d'être absentes, soit pendant certaines heures de la journée ou des jours spécifiques de la semaine; le calendrier d'enquête doit être adapté selon ces éléments. Il faut aussi être familiers avec certains éléments sociaux/environnementaux: distribution des habitations, présence d'hameaux de culture, barrières géographiques, etc. L'annexe 6 présente le résumé des activités préliminaires qui ont été réalisée dans les villages de trois CSCom :

- CSCom Diamarabougou : URENI, URENAS, Point A
- CSCom Kirango : Bokawéré
- CSCom Sibila : URENAS, Ladji Wèrè

4.2 Structure organisationnelle et volet communautaire

L'intervention de TdH s'est fait en deux étapes; entre février et avril, TdH a appuyé les activités dans six CSCom (3 à Markala et 3 à Macina) et étaient menées en collaboration avec une autre organisation suisse, *la Chaine du Bonheur*, qui intervenait déjà dans ces zones. À partir du mois de mai, avec le démarrage effectif du financement UNICEF, l'action s'est élargie à l'ensemble des CSCom visés pour un total de 13 CSCom à Markala et 16 à Macina. La Figure 4 résume la structure des opérations sur le terrain dans les deux districts.

Figure 4 : Structure organisationnelle du programme de TdH



Le nombre du personnel TdH impliqué a aussi évolué au cours des mois avec une dernière embauche au mois d'octobre de sept agents de nutrition additionnels (3 à Markala et 4 à Macina). Pour les activités d'identification des cas de malnutrition, TdH fait appel aux Agents de Santé Communautaire (ASC) et aux Relais Communautaires (RECO), réseau communautaire volontaire qui existait déjà dans les villages. Ces volontaires sont embauchés durant les journées de dépistage de masse (généralement une ou deux jours). Au début de l'intervention, une bonne partie de ces agents ont été formés/recyclés : 51% d'entre eux à Markala et 75% des Relais et 80% des ASC à Macina.

Dans le cadre du programme nutritionnel, deux campagnes de dépistage de masse (dépistage porte à porte) étaient prévues : la première campagne s'est déroulée de manière intensive entre juin et juillet mais certains villages n'ont été visités qu'au mois de septembre et plus tard en raison de l'accessibilité réduite suite à la saison d'hivernage. La deuxième campagne était prévue pour les mois de janvier et février 2014, par ailleurs le dépistage venait d'être fait ou était en cours lors de l'enquête SLEAC.

En résumé, depuis le démarrage du programme, l'identification active des cas de malnutrition s'est faite une seule fois dans chaque village sauf dans le cas de quelques villages qui ont aussi été revisités par les Agents de Nutrition de TdH. Par ailleurs, la plupart des agents communautaires n'ont pas reçu des rubans PB afin qu'ils puissent dépister sur une base régulière des cas de malnutrition. Quelques uns possédaient des rubans PB mais ces derniers ne correspondaient pas aux nouveaux critères d'admission, soit le seuil de 11.5cm pour la MAS (couleur rouge du ruban). Les cas de MAS ont par la ensuite été dépistés par voie passive soit au cours des consultations curatives (autoréférence) ou d'autres activités menées par les CSCom.

La capacité de dépistage au niveau communautaire est un élément essentiel dans les programmes PCIMA afin d'identifier régulièrement et rapidement les cas de malnutrition. Malheureusement, la tenue d'une seule campagne de dépistage de masse dans chaque village et dans chaque concession durant les 10 premiers mois d'intervention et le fait que les agents communautaires ne possédaient pas de ruban PB pour poursuivre le dépistage ciblé ont diminué la capacité réelle d'identification et d'identification rapide.

4.3 Indicateurs de performance

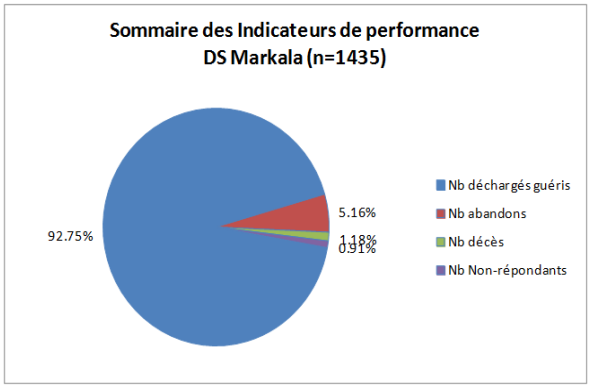
Afin d'apprécier la performance des activités de prise en charge, nous avons compilé quelques données du programme et calculé les indicateurs de performance entre mars et décembre 2013. Des graphiques ont été produits pour chaque district et sont présenté à l'annexe 7. Pour chaque élément, nous avons présenté les données brutes et les données moyennes afin de mieux visualiser les tendances.

Dans les deux DS, les graphiques de tendance du nombre d'admission montrent clairement l'augmentation du nombre d'admissions au cours des mois et avec l'avancement des activités de dépistage dans chaque village. Le nombre d'admission a commencé à diminuer à partir des mois de septembre/octobre qui correspond à la fin des activités de dépistage.

Pour ce qui est de la tendance du nombre d'abandons, le DS de Markala indique un pic au cours des mois de juillet/août qui correspond à l'hivernage et représente une période intense des activités agricoles mais aussi de difficulté d'accessibilité à cause des pluies. Néanmoins, dans

l'ensemble, le programme de Markala n'a pas enregistré un grand nombre d'abandons. Au contraire, le DS de Macina a enregistré un grand nombre et un nombre croissant d'abandons tout au long de l'année.

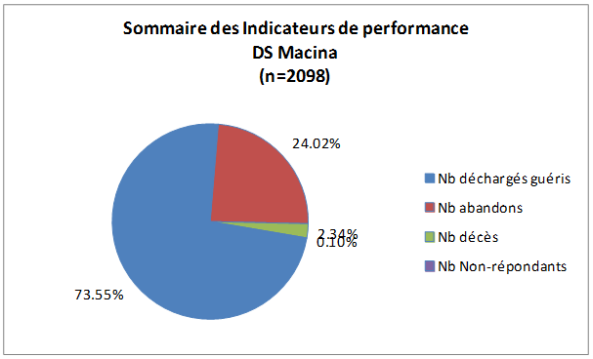
Figure 5: Markala - Indicateurs de performance



L'annexe 7 présente l'évolution des indicateurs de performance mais, en résumé, le DS de Markala affiche une bonne performance pour chaque indicateur avec un taux de guérison bien supérieur à la norme internationale minimale de >75%.

Dans l'ensemble, on peut considérer que, pour le nombre d'enfants identifiés et admis à l'URENAS, les résultats sont très satisfaisants.

Figure 6: Macina - Indicateurs de performance



Pour le district de Macina, les indicateurs de performance globaux n'atteignent pas les seuils minimaux des normes internationales. Cette situation est attribuable au taux d'abandons très élevé qui a dépassé 30% au cours de certains mois et qui a été beaucoup plus élevé de la norme international de <15% tout au long de l'année.

Il est important de mentionner que les cas d'abandon cachent souvent des cas de décès, il est donc probable que le taux de décès soit supérieur au taux indiqué par les données du programme.

Les enfants qui ont « abandonné » sont des enfants *non couverts* du fait que, bien qu'ayant été identifiés, ils n'ont pas suivi le traitement jusqu'à complète guérison. Un taux d'abandon élevé et surtout constamment élevé constitue un bon indicateur de la capacité réelle de couverture de l'intervention.

Depuis le mois d'août, la base de données présente aussi deux autres indicateurs : la durée moyenne de séjour dans le programme (en nombre de jours) et la prise de poids moyenne (en g/kg/j). Le tableau 1 résume les données pour les deux districts.

Tableau 1 : Moyennes de la durée de séjour et du gain de poids

Markala	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Durée de séjour moyen (j)	35	53	37	37	41
Gain de poids moyen (g/kg/j)	4	9	8	8	6
Macina					
Durée de séjour moyen URENAS (j)	42	51	37	59	48
Durée de séjour moyen URENI (j)	5	6	8	6.7	5.9
Gain de poids moyen URENAS (g/kg/j)	5.1	9.5	4.2	5.1	4.9
Gain de poids moyen URENI (g/kg/j)	18	16	19.6	20.9	16.6

Bien que la durée de séjour varie selon les critères de sortie établis par les différents protocoles PCIMA, au premier abord la durée moyenne de séjour semble conforme aux valeurs généralement rapportées dans les services URENAS et URENI. Selon les standards internationaux, le gain de poids moyen pour l'URENAS doit être >4 g/kg/j et il se situe généralement entre 4 et 5 g/kg/j. Les poids moyens enregistrés à Macina sont conformes aux standards (sauf pour le mois de septembre qui affiche une valeur élevée et improbable dans le traitement ambulatoire, il s'agit possiblement d'une erreur de calcul). À Markala, les valeurs sont assez élevées, et donc improbables, pendant au moins trois mois, il serait avantageux de revoir la méthode de calcul et les erreurs éventuelles. Le DS de Macina indique aussi le gain de poids moyen en URENI et, fait étrange, les valeurs sont très élevées. Il est à noter que l'objectif de l'hospitalisation en URENI est la stabilisation de l'état de santé de l'enfant et aucun gain de poids n'est attendu, notamment lorsque le séjour est de courte durée comme c'est le cas du service URENI de l'approche PCIMA qui considère l'hospitalisation comme un période de « stabilisation ». Ici aussi, il y aurait avantage à revoir les données.

4.4 Choix du type de couverture

Au terme des activités *de recherche active des cas* et sur la base des données recueillies, y inclus les réponses données par les mères des enfants MAS non couverts, l'équipe avait assez d'informations pour choisir quelle couverture décrivait mieux les caractéristiques du programme au moment de l'enquête.

Rappelons que la *couverture actuelle* considère uniquement les cas MAS et est utilisée lorsque le programme montre une faible capacité d'identification, de recrutement et rétention des bénéficiaires ou indique une longue durée de séjour dans le programme, c'est-à-dire qu'on continue de « couvrir » des enfants qui n'ont plus besoin d'être couverts.

Au contraire, la *couverture de la période*, considère également les enfants en voie de guérison. Cette couverture est utilisée pour les programmes qui ont une bonne capacité d'identification, de recrutement et de rétention et une durée de séjour courte (adéquate selon les directives du protocole).

D'autres éléments, notamment reliés au volet communautaire et à la qualité du service, peuvent être considérés afin de mieux soutenir le choix. Les CDZ Nutrition de Markala et Macina ont estimé que la ***couverture actuelle*** représentait mieux les caractéristiques du programme et cela sur la base des éléments suivants :

- ✓ Capacité d'identification/référence rapide

- L'identification est centralisée sur le dépistage de masse qui a été fait uniquement 1 fois depuis le début du programme
- Au total deux séances ont été planifiées au cours du programme, ce nombre est insuffisant pour assurer une identification rapide des cas de MAS
- Bon réseau communautaire mais inactif en dehors des campagnes de dépistage de masse
- Absence d'outils de dépistage et/ou outils non conformes aux critères d'admission (vieux PB)

- ✓ Capacité de rétention

- Taux d'abandons élevé (Macina)
- Beaucoup de cas non couverts identifiés sont des abandons sans suivi
- Système de suivi des abandons non performant

- ✓ Médiane du PB pour les enfants couverts

- Peu de cas MAS donc pas de dépistage récent
- Plusieurs PB très élevés: est-ce qu'on couvre des enfants qui n'ont plus besoin d'être couverts?

- ✓ Médiane du PB pour les cas NON couverts

- La moitié des cas ont un risque de mortalité très élevé et certains sont des cas critiques

- ✓ Nombre d'enfants MAS NON couverts vs nombre d'enfants en voie de guérison

- ✓ Ensemble des lacunes identifiées dans les quatre éléments favorisant une bonne couverture

L'ensemble de ces éléments est discuté dans la section 5.

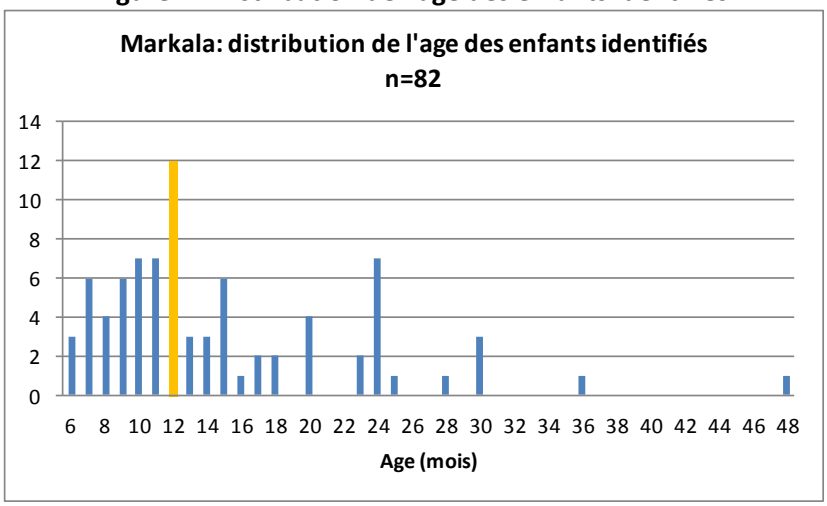
A. DISTRICT SANITAIRE DE MARKALA

4.5 Profil des enfants identifiés

4.5.1 Age des enfants identifiés

L'âge médian des enfants identifiés est de 12 mois, le mode est aussi de 12 mois. Cela correspond aux données de la littérature qui indiquent que les risques de malnutrition sont plus élevés durant les deux premières années de vie et spécialement durant la première année.

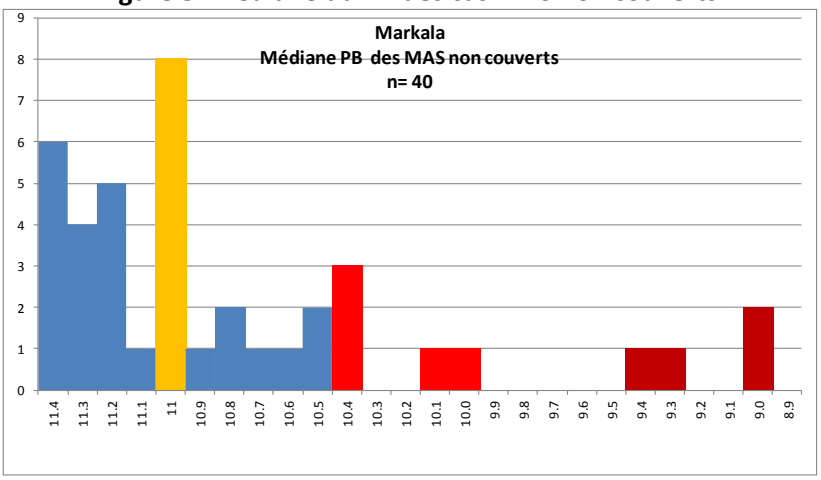
Figure 7 : Distribution de l'âge des enfants identifiés



4.5.2 Médiane du PB des cas MAS non couverts

La médiane du PB a été calculée pour les 40 enfants MAS non couverts identifiés par les enquêteurs au cours de la recherche active.

Figure 8: Médiane du PB des cas MAS non couverts



Il est important de mentionné que la littérature a indiqué que le risque de mortalité devient très important lorsque le PB est inférieur à 11.0 cm. Les données d'enquête indiquent que la moitié

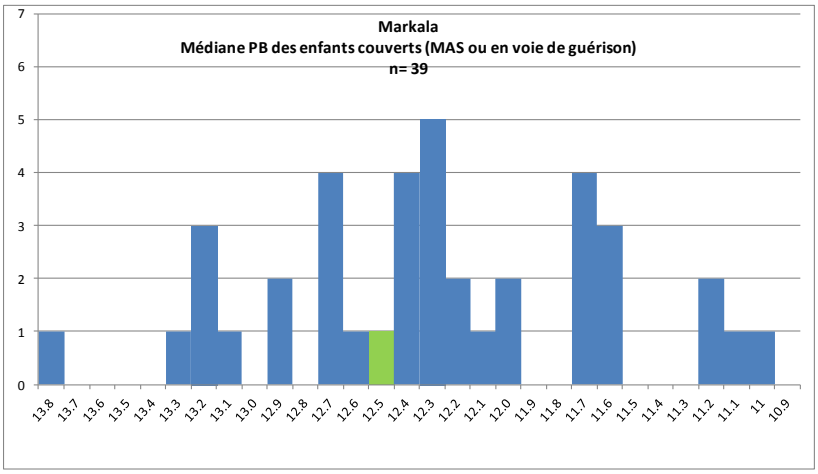
des enfants identifiés présentait des risques de mortalité très élevés. Plus que la mesure du PB diminue plus que le risque augmente, 9 enfants (22.5%) avaient un PB <10.5 cm et 4 sont considérés comme des « cas critiques » avec un PB <10.0 cm. Ces valeurs indiquent que les enfants sont sévèrement malnutris depuis un certain temps et n'ont jamais été identifiés (ou ont refusé la référence à cause de différentes barrières) et/ou n'ont jamais consulté le CSCom.

En plus des 40 cas de marasme, les enquêteurs ont aussi identifié deux cas de kwashiorkor (degré + et +++) et un cas de kwashiorkor marasmique (avec un degré d'œdèmes +++). Ces cas indiquent aussi une identification tardive.

4.5.3 Médiane du PB des enfants couverts

La figure 9 présente l'histogramme de la distribution du PB des 39 enfants pris en charge à l'URENAS, quatre d'entre eux étaient encore des MAS, le faible nombre de MAS indique qu'il y a eu très peu d'admissions récentes ce qui corrobore avec une faible activité de dépistage. 13 enfants on un PB >12.5 ce qui indique que ces enfants sont réhabilités et devraient être déchargés incessamment. Par ailleurs, 6 enfants ont un PB >13.0 cm et il est étonnant que ces enfants soient encore sur le programme; il s'agit probablement d'enfants qui ont été admis sur la base du Poids/Taille (PT) et ils n'ont pas encore atteint le critère de sortie établi par le protocole national[7]; à notre avis, ce critère est trop élevé et sera discuté dans la section 6. Considérant le gain moyen du périmètre brachial observé dans différents programmes URENAS, il est improbable qu'un enfant prennent plus que 5 mm en deux semaines; ainsi tout enfant qui a un PB >13.0 cm (12.5 cm + 0.5 cm pris dans les deux semaines prévues par le protocole) sont des enfants qui restent trop longtemps dans le programme.

Figure 9: Médiane du PB des enfants couverts (MAS ou en voie de guérison)



[7] P/T ≥ - 1,5 z-score à plus d'une occasion si les arrangements adéquats pour le suivi ont été faits (soit 2 jours pour les patients en URENI, 2 semaines pour les patients en URENAS)

4.5.4 État de santé des cas MAS non couverts (perception de la mère)

Afin de démarrer la discussion avec les mères/accompagnants des enfants MAS non couverts, les enquêteurs posaient une question sur l'état de santé général des enfants le jour de l'entretien.

67% des mères (28/42) ont dit que l'enfant était malade, 7 mères ont aussi cité la malnutrition parmi les maladies dont l'enfant souffrait. Le tableau 2 résume les maladies rapportées; ces données expriment la perception des mères et ne sont pas basées sur un diagnostic clinique fait par un infirmier du CSCom. Néanmoins, parmi les maladies principales ont retrouve les affections les plus communes observées chez les enfants de cet âge et les plus concomitantes avec la malnutrition : diarrhée, fièvre et vomissements.

Tableau 2 : État de santé de cas MAS non couverts (n=42*)

Maladie	n
Diarrhée (≥ 5 due à la dentition) ou douleurs abdominaux	12
Fièvre/Paludisme	11
Vomissements	5
Problème psychomoteur	1
Malade mais connaît pas la maladie	1
Intoxication au lait maternel (grossesse rapprochée)	1
Anorexie	1
Otalgie	1
Maladie congénitale	1
Pneumonie	1

*Une donnée était manquante

4.6 Classification de la couverture

Au cours de l'enquête SLEAC 32 villages ont été enquêtés dans le DS de Markala (annexe 8). Dans 3 villages les équipes n'ont trouvé aucun cas MAS et aucun enfant en voie de guérison, il s'agit de trois petits villages avec une population plus faible que la taille médiane (1000 habs) des villages du district (154, 544, 707 habs). Le tableau 3 présente le sommaire des données, les détails de chaque village sont rapportés à l'annexe 8.

Tableau 3: Sommaire des données SLEAC - Markala

Total MAS	MAS couverts	MAS non-couverts	En voie de guérison
47	**4**	**43**	**35**

Sur la base de ces données, la ***couverture actuelle*** du DS de Markala est classifiée comme ***faible*** tel qu'indiqué dans le tableau suivant.

Tableau 4: Classification de la couverture - Markala

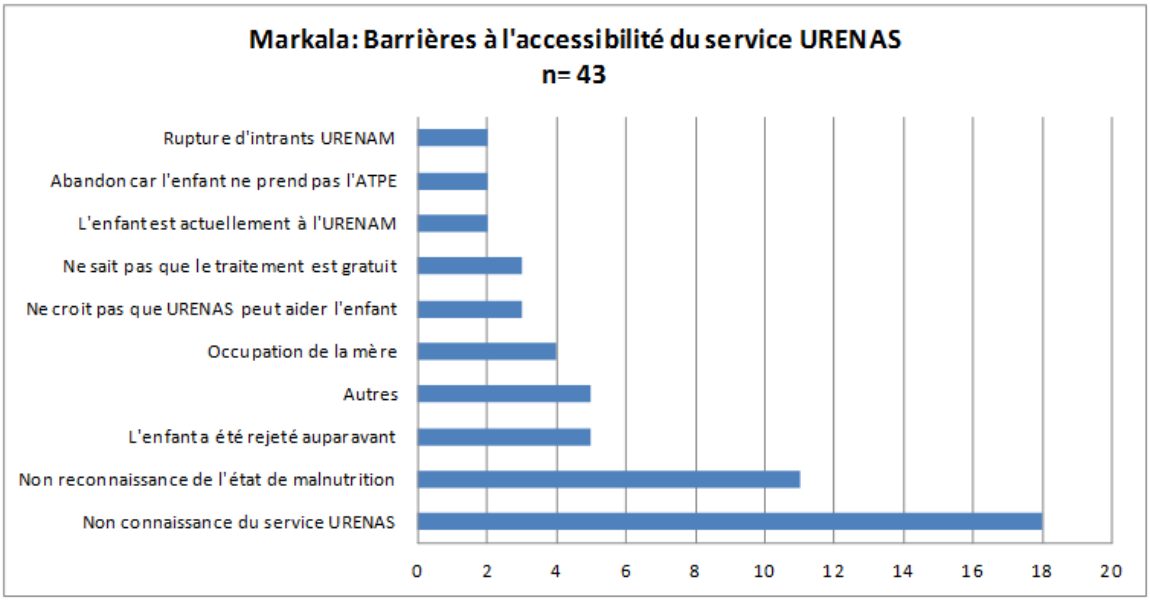
District Sanitaire	Cas MAS trouvés	Cas MAS couverts	Seuil inférieur de décision	Est-ce que c> d1?	Seuil supérieur de décision	Est-ce que c>d2?	Classification de la couverture
	(n)	(c)	$d_1=\frac{n}{5}$		$d_2=\frac{n}{2}$		
Markala	47	4	9	Non			Faible

4.7 Barrières à l'accessibilité

Lorsqu'un enfant MAS n'était pas inscrit à l'URENAS des questions étaient posées à la mère pour identifier les raisons (annexe 4), plus d'une raison pouvait être rapportée. Par la suite une fiche de référence était remise afin que la mère se rende au CSCom où l'état nutritionnel de l'enfant serait à nouveau évalué et, éventuellement, inscrit à l'URENAS.

La Figure 10 montre les barrières principales évoquées par les mères/accompagnants de 43 enfants MAS identifiés. Les différentes barrières sont discutées dans la section 5.

Figure 10: Barrières à l'accessibilité



Parmi les causes « autres » les mères ont cité :

- Distance (1)
- Mère malade (1)
- Personne d'autre à qui laisser les autres enfants (1)
- Abandon dans une localité précédente et pas de consultation dans le nouveau CSCom de résidence (1)
- La mère attendait que l'enfant ait 6 mois puis elle a retardé la consultation (1)

Une question supplémentaire était posée à savoir si l'enfant avait déjà été admis à l'URENAS. Parmi les 43 enfants, **14 (32.5%) avaient déjà été admis à l'URENAS**. Trois avait été déchargés

guéri (il y a 20 jrs, 1 mois, 10 mois) et **11 (78.6%) avaient abandonné** avant guérison. Les raisons d'abandon rapportées sont les suivantes :

- **L'enfant refusait de prendre l'ATPE (4)**
- La mère était occupée par les travaux champêtres (3)
- La mère était malade (1)
- La mère est partie en voyage et elle n'est pas retournée par la suite (1)
- La mère a déménagée et n'a pas été en consultation dans le nouveau CSCom (1)
- La distance entre la résidence et le CSCom (1)

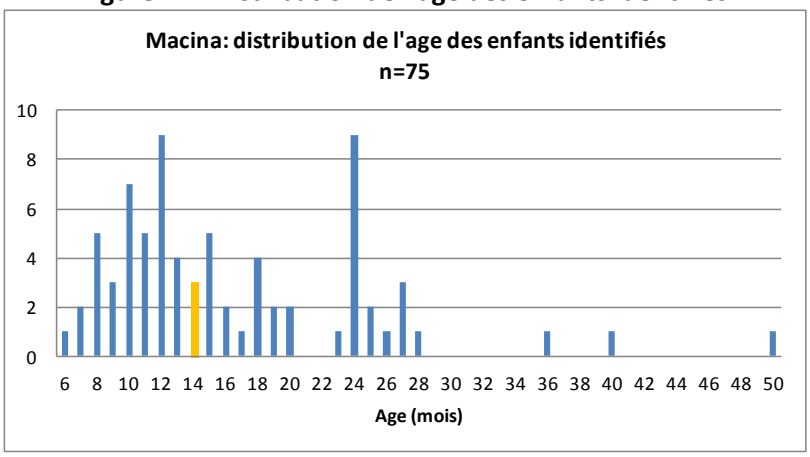
B. DISTRICT SANITAIRE DE MACINA

4.8 Profil des enfants identifiés

4.8.1 Age des enfants identifiés

L'âge médian des enfants identifiés est de 14 mois et le mode est de 12 et de 24 mois. Encore une fois, ces valeurs confirment les données de la littérature qui indiquent les *premiers 1000 jours* comme la période la plus à risque pour les enfants y inclus les risques de malnutrition.

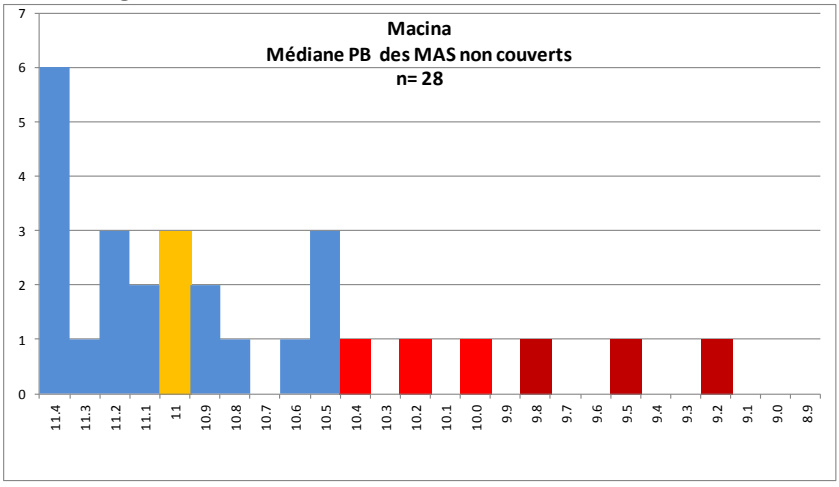
Figure 11 : Distribution de l'âge des enfants identifiés



4.8.2 Médiane du PB des cas MAS non couverts

La médiane du PB des 28 enfants marasmiques non couverts identifiés est de 11.0 cm, ce seuil correspond, selon la littérature, à une importante augmentation du risque de mortalité.

Figure 12 : Médiane du PB des cas MAS non couverts



Parmi le 28 enfants, 6 (21.4%) présentaient un risque de mortalité très élevé et 3 enfants sont considérés comme des « cas critiques » en raison du PB extrêmement bas. Les enquêteurs ont

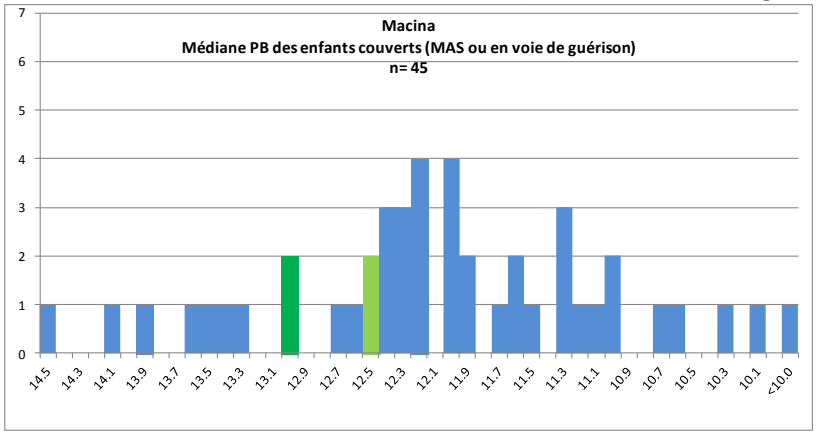
aussi identifié deux enfants souffrant de kwashiorkor avec des œdèmes de degré + et +++. Dans ce cas aussi, les données pointent vers une faible capacité d'identification.

4.8.3 Médiane du PB des enfants couverts

La distribution des mesures du PB des enfants couverts indique que 12 enfants étaient encore sévèrement malnutris. Tel qu'il sera discuté plus loin, 8 des 12 enfants venaient d'être dépistés et inscrits à l'URENAS la semaine précédente dans deux villages qui avaient déjà démarré la deuxième campagne de dépistage de masse. Ainsi, dans l'ensemble, le DS de Macina n'indique pas une meilleure capacité identification des cas MAS que le DS de Markala.

11 enfants ont un PB >12.5 cm et devraient être déchargés dans les prochaines deux semaines. 7 enfants ont un PB >13.0, dont 2 >14.0 cm, il est possible que cela soit relié à l'admission sur la base de l'indice PT mais cela indique aussi que les enfants sont maintenus dans le programme trop de temps et sans que cela soit nécessaire car ils n'ont plus aucun risque de mortalité (sur la base du PB).

Figure 13: Médiane du PB des enfants couverts (MAS ou en voie de guérison)



4.8.4 État de santé au moment de l'enquête (perception de la mère)

Le questionnement des mères des enfants MAS non couverts a révélé que 66% d'entre eux (19/29) étaient malades le jour de l'enquête. Quatre mères ont cité aussi la malnutrition parmi les affections.

Tableau 5: État de santé de cas MAS non couverts (n=29*)

Maladie	n
Diarrhée (3 due à la dentition) ou douleurs abdominaux	6
Fièvre/Paludisme	6
Malade mais connaît pas la maladie	4
Intoxication au lait maternel (grossesse rapprochée), lait pauvre en nutriments	2
Anorexie	1

*Une donnée était manquante

4.9 Classification de la couverture

Au cours de l'enquête SLEAC 38 villages ont été enquêtés dans le DS de Macina (annexe 9). Dans 14 villages les équipes n'ont trouvé aucun cas MAS et aucun enfant en voie de guérison ; dans le cas de dix villages, le nombre d'habitants était inférieur à la médiane (800 habs) du nombre d'habitants du district (2 quartiers de ville, 121, 196, 249, 327, 582, 607, 640, 706, **935, 954**, **1289 et 1034** habs) mais pour quatre villages le nombre d'habitants était supérieur à la médiane ; cela peut indiquer une prévalence plus faible que prévu durant cette période de l'année. Le tableau 6 présente le sommaire des données, les détails de chaque village sont rapportés à l'annexe 9.

Tableau 6: Sommaire des données SLEAC – Macina

Total MAS	MAS couverts	MAS non-couverts	En voie de guérison
42	**12**	**30**	**33**

Sur la base de ces données, la ***couverture actuelle*** du DS de Markala est classifiée comme ***moyenne***. Il est cependant important de mentionner que 8 des 12 enfants MAS couverts avaient été dépisté/pris en charge la semaine précédant l'enquête SLEAC et cela dans deux villages qui avaient déjà démarré la deuxième campagne de dépistage de masse (Kenné dans l'aire de santé du CSCom de N'Golokouma et Kana dans l'aire de santé de Sarro).

Tableau 7: Classification de la couverture - Macina

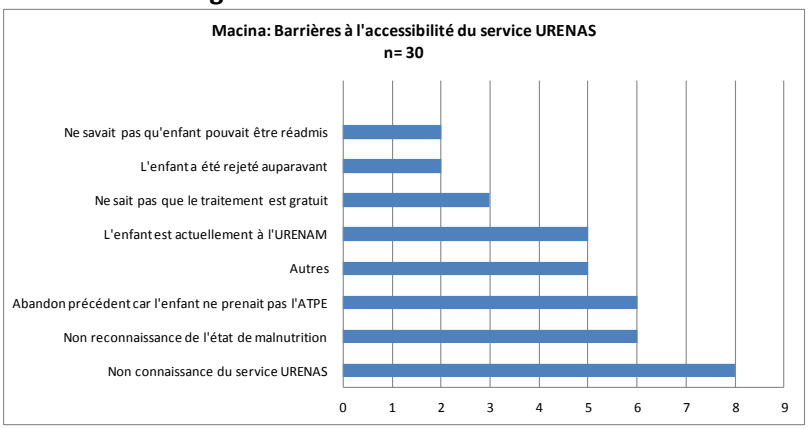
District Sanitaire	Cas MAS trouvés	Cas MAS couverts	Seuil inférieur de décision	Est-ce que c> d1?	Seuil supérieur de décision	Est-ce que c>d2?	Classification de la couverture
	(n)	(c)	$d_1=\frac{n}{5}$		$d_2=\frac{n}{2}$		
Macina	42	12	8	Oui	21	Non	moyenne
	42	**4**	**8**	**Non**			**faible**

Bien que les enfants soient effectivement « couverts » au moment de l'enquête, cela indique que la couverture est étroitement liée aux activités de dépistage de masse, si les deux villages n'avaient pas déjà démarré le dépistage, la couverture aurait été aussi faible qu'à Markala. L'importance du choix de la période d'enquête pour estimer la véritable capacité de couverture sera discutée plus loin. Notons aussi que, malgré que le dépistage de masse ait eu lieu dans ces deux villages, deux enfants n'avaient pas été identifiés par les ASC/Relais, un enfant présentait des œdèmes de degré +++; il est à se demander si 1) les ASC/Relais vérifient systématiquement la présence d'œdèmes bilatéraux (bien qu'un œdème +++ est visible à l'œil) ou si 2) tout comme plusieurs membres de la communauté ils considèrent que les œdèmes ne sont pas une forme de malnutrition ou une maladie qui peut être traitée au CSCom mais plutôt une conditions dont les causes sont plus « occultes ».

4.10 Barrières à l'accessibilité

La figure 14 présente les barrières à l'accessibilité mentionnées par les mères de 30 enfants MAS non couverts, plus d'une barrière pouvait être rapportée.

Figure 14: Barrières à l'accessibilité



Cinq causes « autres » ont été citées par les mères:

- Occupation de la mère (récoltes) (1)
- Ne savait pas l'âge d'admission à l'URENAS (1)
- Enfant pas dépisté lors de la récente consultation PEV (1)
- Mère malade (1)
- Refus de donner des raisons (1), refus déjà survenu lors de l'identification/référence antérieure du Relais

Parmi les 30 enfants, **12 (40%) avaient déjà été admis à l'URENAS**. Quatre avaient été déchargés guéris et **8 (66.6%) avaient abandonné avant guérison**. Les raisons d'abandon rapportées sont les suivantes :

- **L'enfant refusait de prendre l'ATPE (6)**
- La mère était occupée par les travaux champêtres (2)
- La mère ne pouvait pas payer encore une fois 500F (lors de la 1ère admission à l'URENAS la mère avait déjà payé 500F[8] et, selon la mère, en cas de retour après abandon il faut repayer 500F) (2);
- L'enfant était très malade et la mère ne voulait pas marcher jusqu'au CSCom avec l'enfant au dos; de plus elle était occupée par les récoltes (1)

[8] Il est à noter qu'un principe aucun frais doit être déboursé par les parents des enfants URENAS, deux mères ont dit avoir payé pour ce service, cette situation devrait être investiguée dans les deux CSCom impliqués.

5. ÉLÉMENTS QUI INFLUENCENT LA COUVERTURE

Les réponses des mères des enfants MAS non couverts par l'URENAS ont fourni une liste de barrières à l'accessibilité. Certains éléments ont été mentionnés par plusieurs personnes ce qui donne une indication solide du degré d'influence sur la couverture; par exemple, le fait que plusieurs enfants avaient déjà été inscrits à l'URENAS mais avaient abandonné car l'enfant n'avait pas l'appétit ou n'aimait pas l'ATPE est un élément qui requière une intervention rapide au niveau de la sensibilisation des infirmiers des CSCom sur le comportement à tenir dans ces situations.

D'autres barrières ont été mentionnées moins souvent, cela demande une investigation plus approfondie afin d'estimer l'étendue du problème et dans quelle mesure cet élément influence la couverture globale. La méthode SLEAC fourni une liste de barrières, ces éléments sont des indices qui doivent faire l'objet d'une investigation approfondie lors des activités de suivi et de supervision et, préférablement, l'objet d'une investigation avec la méthode SQUEAC.

Dans les paragraphes qui suivent nous présentons les principaux éléments qui influencent la couverture et qui doivent être considérés avec attention dans la mise en œuvre des programmes PCIMA. Nous avons essayé de voir si des lacunes sont apparues au sein de ces éléments grâce aux informations recueillies auprès des mères des cas non couverts, par l'analyse de quelques données du programme et par les discussions avec les bénéficiaires, le personnel de TdH ou les enquêteurs. À l'annexe 10 nous présentons un sommaire des quatre éléments et des sous-composantes; les couleurs **vert**, **jaune** et **rouge** ont été utilisées comme « avertisseurs » sur la base des informations recueillies. Il est important de rappeler qu'un élément **vert** ne signifie pas nécessairement qu'aucune barrière n'existe mais simplement qu'aucune barrière apparente n'est ressortie au cours de l'enquête; de la même manière, un élément **rouge** indique une barrière qui nécessite d'être investiguée plus en profondeur pour estimer l'étendue et l'impact réel sur la couverture. Les barrières identifiées sont similaires dans les deux DS, ainsi les données présentées et les observations générales s'appliquent aux deux districts.

1. Capacité d'identification/référence rapide

En tant qu'intervention dans le cadre de la survie de l'enfant ayant comme objectif d'éviter et de réduire la mortalité, les programmes PCIMA et notamment le volet URENAS doivent avoir une bonne capacité d'identification et de référence. L'éducation en nutrition, la sensibilisation et l'information sur l'ensemble des services de la PCMA sont aussi essentielles pour favoriser les autoréférences. Des lacunes évidentes sont apparues au niveau de la *sensibilisation* et de l'*identification*.

- *Reconnaissance de l'état de malnutrition* : La majorité des mères (76.7%) savent que leur enfant est malnutri, cela a été exprimé par le fait que l'enfant ne grandit pas bien, n'a pas assez de poids, a perdu du poids dernièrement, parfois elles disent carrément que l'enfant souffre de malnutrition (en utilisant les termes locaux pour désigner cette condition), cette affirmation est possiblement due au fait que plusieurs enfants avaient déjà été inscrits à l'URENAS et les agents des CSCom avaient informé la mère que son enfant était « malnutri ». Cependant, 23.3% des mères ne considèrent pas que leur enfant souffre de malnutrition; néanmoins, cette « barrière » n'est pas trop étonnante et elle est assez fréquente dans les environnements où la prévalence de la malnutrition chronique (ou retard de la croissance staturale) est élevée,

cela est le cas de la région de Ségou (33,4% - [29,3-37,7]); les enfants sont souvent bien proportionnés et les parents pensent que l'enfant est naturellement fait de cette manière (il a toujours été comme cela).

- *Connaissance du service et des caractéristiques du service* : 35.6% des mères ne savent pas que parmi les activités menées par le CSCom il y a aussi les soins pour les enfants malnutris. Certaines mères ont dit avoir déjà vu l'ATPE (le Tigadèguèni, en langue locale) mais elles ne savent pas pour quelle maladie il est utilisé.

  Des lacunes sont aussi apparues au niveau de la connaissance des caractéristiques du service, notamment au sujet des frais reliés. Il est important de mentionner que l'URENAS est complètement gratuit (consultation, intrants et transport); au contraire l'URENAM comporte des frais pour la première consultation (celle-ci varie d'un CSCom à l'autre mais s'élève autour de 500-600FCFA), des frais supplémentaires peuvent aussi survenir s'il y a rupture des médicaments de routine ou si l'enfant est malade et a besoin d'autres médicaments. Les frais pour l'URENAM ne sont pas dictés par une directive ministérielle car, selon le ministère de la santé, aucun frais ne devrait être imposé aux parents d'enfants souffrant de malnutrition; néanmoins, la politique de recouvrement des coûts et le manque de recettes obligent les CSCom à trouver différentes sources de revenu.

  À priori, cette pratique ne devrait pas toucher l'URENAS mais, dans les faits, elle devient une barrière car, d'une part, la population ne semble pas avoir été clairement informée de la différence entre les deux services et, d'autre part, les parents ne savent pas à l'avance si l'enfant sera admis à l'URENAM ou à l'URENAS et, ayant entendu que certains enfants doivent payer, ils préfèrent ne pas consulter ou refuser la référence.

  Il est également important que la population sache qu'un enfant qui devient malnutri peut être admis en tout temps à l'URENAM/URENAS, cela s'applique pour les enfants qui n'ont jamais été admis ainsi que pour les enfants qui rechutent. Des lacunes au niveau de l'information reçue, ou pas reçue, sont ressorties des discussions avec les mères.

- *Système d'identification/référence*: **cet élément est certainement la barrière principale et la plus évidente à la couverture identifiée au cours de l'enquête SLEAC**. Tel que mentionné, deux campagnes de dépistage de masse étaient prévues au cours de la durée du programme. La première s'est déroulée, grosso modo, à partir de mars avec une période intensive en juin et juillet et s'est terminée vers septembre/octobre. La deuxième campagne a commencé en janvier 2014 dans quelques villages et va se poursuivre dans les prochaines semaines/mois. Cette fréquence est indiscutablement insuffisante pour rapidement identifier tous les enfants malnutris et va à l'encontre du postulat de « rapidité » qui est à la base de l'approche PCIMA. La fréquence minimale d'un dépistage de masse, c'est-à-dire le dépistage dans chaque village et dans chaque concession, doit se faire au moins à tous les trois mois.

  Entre les campagnes de dépistage, le dépistage ciblé devrait être fait par les agents communautaires (Relais/ASC). Pour cela, il est nécessaire que les agents possèdent un ruban PB, cela n'est pas le cas actuellement et empêche les agents actifs et engagés de faire un dépistage ciblé en dehors des campagnes organisées.

2. Capacité de traitement

Des indices de lacunes sont ressortis de cet élément.

- ✓ *Disponibilité et gratuité des intrants* : la prise en charge de la malnutrition demande la disponibilité des intrants nécessaires et la capacité des bénéficiaires à débourser les frais éventuels. Tel que déjà mentionné dans le point précédent, les services URENAM et URENAS sont très liés, les lacunes d'un service affectent inévitablement l'autre service et cela notamment au niveau de la communauté qui, souvent, distingue ou connaît mal les caractéristiques de chaque service.

  La problématique des frais rattachés à l'URENAM a été déjà discutée mais elle est rappelée ici car, l'incapacité d'assumer les frais du service a un impact sur la capacité réelle et l'issue du traitement. Le même principe s'applique pour les intrants, notamment les aliments thérapeutiques ou de supplémentation utilisés pour les deux services. Dans les deux DS, les ruptures d'ASPE ont été très importantes au cours de l'année. Bien que cette situation s'applique uniquement au service URENAM, en réalité l'impact négatif s'est étendu aussi à l'URENAS; en effet, certaines mères ont entendu d'autres mères parler de rupture d'intrants et en on déduit que la rupture s'appliquait aussi à l'URENAS, cela a entrainé des abandons, l'augmentation des refus de référence ainsi que la diminution des autoréférences. À Macina, il y a eu quelques semaines de ruptures en ATPE et cela a été une cause directe et réelle des mêmes comportements.

- ✓ *Capacité d'identification du besoin de référence en URENI :*

  Parmi les cas MAS non couverts, 19 enfants avaient déjà été admis à l'URENAS et avaient abandonné; selon les mères de 8 d'entre eux (42%), soit 2 à Markala et 6 à Macina, avaient abandonné car l'enfant n'avait pas d'appétit et ne prenait pas l'ATPE ou l'enfant n'aimait pas l'ATPE et refusait de le consommer. Quelle qu'elle soit la raison de la non consommation, il est évident que l'enfant ne pourra pas bénéficier du traitement utilisé en ambulatoire ce qui demande une référence obligatoire en URENI où l'enfant sera traité, dans un premier temps, avec un lait thérapeutique.

  Les informations de l'enquête SLEAC n'ont pas permis d'approfondir le problème et il n'est pas clair pourquoi les agents du CSCom n'ont pas procédé à la référence en URENI. Une hypothèse possible est reliée au fait qu'au Mali, le protocole national ne demande pas que le test de l'appétit soit fait à chaque semaine; après le test fait au moment de l'admission, l'agent est tenu uniquement à suivre les données anthropométriques et questionner la mère. Si aucune anomalie n'est décelée, le test n'est pas obligatoire. Nous ne supportons pas cette directive car, d'une part, le test de l'appétit est le moyen diagnostic les plus évident pour l'infirmier pour apprécier la possibilité de poursuivre le traitement en ambulatoire et, d'autre part, considérant la charge de travail et le nombre réduit de personnel dans les CSCom, il est très « tentant » pour l'agent de passer rapidement sur l'élément « appétit » et donc manquer le besoin de référence; il faut rappeler que le service URENAS est un service thérapeutique pour des enfants avec un risque de mortalité élevé et non pas une séance de distribution alimentaire.

3. Capacité de rétention

- ✓ *Suivi des abandons :* Le nombre (504) et le taux (24%) élevés d'abandons dans le district de Macina était un indice et un prélude d'une faible couverture. Selon les informations, dans les deux districts, les Agents de Nutrition de TdH assurent le suivi des abandons et plusieurs enfants reprennent le traitement. Néanmoins, considérant le faible nombre d'agents ainsi que le nombre élevé de cas non couverts identifiés au cours du SLEAC qui étaient des cas d'abandons nous estimons que la performance du suivi est faible. Par ailleurs, les données sur le suivi des abandons, des absences et aussi des références de dépistage ne sont pas compilées d'une manière systématique et exploitable ce qui nous a empêché d'apprécier convenablement la performance réelle de cette activité.

4. Décharge

Certaines pratiques sont essentielles à suivre au moment de la décharge, des lacunes qui ont fini par générer des barrières ont été identifiées.

- ✓ *Réadmission après décharge :* au moment de la décharge, certaines mères n'ont pas été informées que l'enfant pouvait être réadmis si son état nutritionnel se détériorait à nouveau. Certaines mères avaient l'impression qu'une fois que l'enfant avait bénéficié du service il n'avait plus le droit d'en bénéficier dans le futur. Cet aspect doit être approfondi et bien investigué car il arrive que certaines mères aient « peur » de retourner au centre de santé par crainte d'être réprimandées par les agents car « elles n'ont pas été capables » d'empêcher l'enfant de retomber dans la malnutrition.

- ✓ *Suivi des décharges* : les enfants déchargés guéris de l'URENAS sont suivis à l'URENAM pour un certain temps. Tout comme à l'URENAS, à l'URENAM les mesures anthropométriques sont supposées être prises à chaque séance afin, entre autre, de suivre l'évolution de l'état nutritionnel. Cette pratique présente des lacunes car l'enquête SLEAC a identifié sept enfants MAS qui étaient actuellement suivis à l'URENAM ce qui indique que les mesures anthropométriques ne sont pas prises à chaque visite (ou sont mal prises).

Nous concluons ce chapitre en attirant l'attention sur trois aspects du protocole national du Mali qui, d'une certaine manière, constituent des « barrières » à la performance et contribuent à l'affaiblissement de couverture du service URENAS. Ces éléments devraient être discutés au sein des différents forums existants pour appréciation et, éventuellement, action.

- ✓ *Définition de la catégorie « abandons »*

Selon le protocole, un « abandon » est défini comme « *le patient n'est pas venu pendant 2 visites consécutives à l'URENAS* ». Cette définition est différente de la définition utilisée dans l'approche originale PCMA et adoptée par la plupart des pays. En effet, considérant l'importance du volet communautaire et du rôle attendu des acteurs communautaires (Relais/ASC) dans les activités de suivi des abandons, le temps nécessaire a été jugé plus long, soit 3 semaines. Cela est souvent exprimé par « absent pendant deux visites consécutives et déclaré « abandon » à la troisième semaine. Une durée de deux semaines est vraisemblablement trop courte, notamment dans le cas de TdH dont les suivis sont assurés principalement par leurs agents de nutrition. Par ailleurs, de par la différence avec la plupart des protocoles, il est difficile de comparer les données de performance des programmes PCIMA du Mali avec celles d'autres pays de la sous-région.

✓ *Directives du protocole national concernant le test de l'appétit*

Logiquement, si un enfant prend du poids et du muscle (mesure du PB) cela signifie que l'enfant a un bon appétit et consomme l'ATPE. Malheureusement, si l'agent du CSCom ne prend pas, ou n'a pas le temps de confirmer la prise de poids/muscle (interprétation des mesures) et de questionner la mère au sujet de l'appétit/goût de l'enfant, il est possible qu'un état d'anorexie ou une aversion de goût passe inaperçue. Comme nous l'avons vu dans le cas de Macina et Markala cette situation a entraîné des abandons. Le protocole devrait être plus « directif » quant aux directives sur le test de l'appétit.

✓ *Priorisation de l'indice PT sur le PB comme critère d'admission, de suivi et de sortie pour les enfants qui ont les deux critères (PT et PB)*

Le protocole n'est pas explicite sur ce point mais, selon les informations reçues par TdH, lorsqu'un enfant présente deux critères d'admission (PT et PB), l'indice PT est priorisé et l'enfant sera admis sous le critère « PT » et sera déchargé sur la base du critère « PT ». Cette pratique n'est pas adéquate et cela pour deux raisons :

- La priorité doit toujours être donnée (sauf pour les cas d'œdèmes) au PB car cette mesure est un indicateur supérieur au PT par rapport au risque de mortalité
- La durée dans le programme est souvent plus longue lorsque le critère de sortie est basé sur le PT, cela est évident dans l'analyse des PB des enfants couverts de Markala et Macina qui indique que plusieurs enfants, encore sous traitement, ont des PB élevés et très élevés. Il n'est pas nécessaire de garder un enfant sous traitement plus longtemps que nécessaire, cela génère des coûts et des ressources supplémentaires pour le programme et des coûts opportunistes pour la mère qui doit se rendre une fois par semaine au CSCom au lieu de vaquer à d'autres activités, des activités qui sont des sources de revenu pour la famille. Cela augmente aussi le risque d'abandon car les mères vont moins bien adhérer au traitement lorsque l'état de santé de l'enfant est visiblement bon.

✓ *Problématique de l'inclusion du PT comme critère d'admission PCIMA*

Nous croyons qu'une discussion de base doit être faite quant à la pertinence de l'utilisation du PT comme moyen de diagnostique et/ou de suivi dans les programmes PCIMA.

Le PT ne fait pas partie de l'approche originale PCMA et cela du fait que a) cette mesure n'identifie pas les enfants avec le risque de mortalité le plus élevé, enfants qui devraient être priorisés dans un programme de « survie de l'enfant » et b) la balance et la toise ne font pas partie des outils communautaires de dépistage ni du matériel recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le niveau CSCom.

Plusieurs discussions au niveau international ont eu lieu au cours de la dernière décennie et les avis sont divergents. Néanmoins, la dernière consultation internationale a traité à nouveau du sujet et a conclu que :

"There was consensus at the December meeting on three major points[9]:

- *The primary objective of SAM management programmes is to identify and treat severely acutely malnourished children aged 6-59 months most at risk of short-term mortality*
- *MUAC and WHZ identify different children at risk of death from SAM*
- *On balance, MUAC appears to be the better predictor of mortality and has practical advantages. However the limitations and interpretation of the evidence base regarding this remain an area of considerable discussion.*

Therefore, based on the best evidence currently available alongside practical considerations, it was agreed that the programmatic approach should prioritise MUAC in screening and admission. ***WHZ should be used as an additional admission criterion where feasible and where doing so does not compromise the coverage of children meeting the MUAC criterion.****"*

Nous considérons que, sous différents aspects, dont le nombre de personnel et la charge de travail, très peu de CSCom remplissent cette condition. Choisir d'utiliser le PT équivaut aujourd'hui à aller à l'encontre des dernières recommandations des « operational agencies and academic specialists » qui se sont penchés sur la question. De multiples publications démontrent que la mesure du PB est préférable à la mesure du PT dans les programmes PCMA, deux références principales sont données ici[10,11],

Abstract: ……It is concluded that to identify high-risk malnourished children, there is no benefit in using both WHZ less than –3 and/or MUAC less than 115 mm, and that using MUAC alone is preferable.

Référence : André Briend, Bernard Maire, Olivier Fontaine and Michel Garenne. Mid-upper arm circumference and weight-for-height to identify high-risk malnourished under-five children. 2011 Blackwell Publishing Ltd Maternal and Child Nutrition (2012), 8, pp. 130–133
ET
Abstract: ……It seems acceptable to rely on MUAC as a single assessment tool for case finding and for admission of children with SAM to nutritional programmes.

Référence: Engy Ali, Rony Zachariah, Zubair Shams, Lieven Vernaeve, Petra Alders, Flavio Salio, Marcel Manzi, Malik Allaouna, Bertrand Draguez, Pascale Delchevalerie and Anthony D. Harries. Is mid-upper arm circumference alone sufficient for deciding admission to a nutritional programme for childhood severe acute malnutrition in Bangladesh? Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2013

[9] Mid Upper Arm Circumference and Weigh-for-Height Z-score as indicators of severe acute malnutrition: a consultation of operational agencies and academic specialists to understand the evidence, identify knowledge gaps and to inform operational guidance. ENN, SCUK, ACF, UNHCR. 2012
[10] André Briend, Bernard Maire, Olivier Fontaine and Michel Garenne. Mid-upper arm circumference and weight-for-height to identify high-risk malnourished under-five children. 2011 Blackwell Publishing Ltd Maternal and Child Nutrition (2012), 8, pp. 130–133
[11] Engy Ali, Rony Zachariah, Zubair Shams, Lieven Vernaeve, Petra Alders, Flavio Salio, Marcel Manzi, Malik Allaouna, Bertrand Draguez, Pascale Delchevalerie and Anthony D. Harries. Is mid-upper arm circumference alone sufficient for deciding admission to a nutritional programme for childhood severe acute malnutrition in Bangladesh? Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2013

6. CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

L'enquête SLEAC menée dans les DS de Macina et de Markala a permis de fournir une classification de la couverture du programme PCIMA et de dresser une liste des principales barrières à l'accessibilité rapportées par les mères des enfants MAS non couverts au moment de l'enquête.

La couverture dans le DS de Markala a été classée comme *faible* alors qu'elle a été classée comme *moyenne* dans le DS de Macina. Néanmoins, si on exclu le facteur de confusion, c'est-à-dire le deuxième dépistage fait la semaine précédente dans deux villages de Macina, la couverture du DS de Macina est aussi *faible*. Malgré l'effet confondant, cette situation a permis de montrer clairement que la couverture est principalement liée aux activités de dépistage de masse. Cela signifie que cette activité est très performante dans l'identification/référence des cas de MAS mais cela à condition qu'elle soit faite sur une base régulière. Cela n'a pas été le cas pour le programme de Markala et Macina car seulement une séance de dépistage a été réalisée dans chaque village en dans chaque concession depuis le début de l'intervention. En général, nous considérons que la couverture est possiblement *moyenne* ou même *élevée* durant les périodes de dépistage de masse mais possiblement toujours *faible* en dehors de ces périodes. La faible capacité est renforcée par la sous utilisation des agents communautaire qui ne sont ni actifs ni équipés en dehors des périodes de dépistage de masse.

Il est aussi important de rappeler qu'il est possible d'optimiser les campagnes de dépistage en les programmant durant les périodes où la prévalence de la malnutrition est la plus élevée afin d'identifier un plus grand nombre d'enfants malnutris. Cela est d'autant plus important si les campagnes sont organisées à une fréquence inférieure à trois mois. La période de soudure constitue toujours une période privilégiée.

De la même manière, pour les enquêtes SLEAC (ou SQUEAC) futures, il est important d'éviter de les programmer au même moment ou immédiatement après une campagne de dépistage de masse. Il est évident que la couverture sera biaisée par le fait que les enfants viennent d'être dépistés, cela va empêcher d'avoir une vision claire de la capacité réelle d'identification/référence des cas de malnutrition et donc de la capacité réelle de l'intervention à répondre aux besoins.

Il n'est pas toujours possible d'organiser régulièrement des enquêtes SLEAC et des investigations SQUEAC. Néanmoins, les activités de suivi et de supervision peuvent se pencher sur les différents éléments qui influencent la couverture. Actuellement et suite à l'enquête SLEAC, les superviseurs peuvent d'ores et déjà orienter les activités de suivi/supervision sur les barrières potentielles identifiées au cours de l'exercice. Ces facteurs et l'ensemble des éléments principaux qui influencent la couverture devraient faire partie des activités courantes de suivi et de supervision. Si les ressources le permettent, des enquêtes SLEAC ou des investigations SQUEAC peuvent être entreprises pour valider les constats et les actions prises.

L'objectif principal des enquêtes SLEAC n'est pas de formuler des recommandations car, par sa nature, la méthode fournie uniquement la *classification* de la couverture et le *classement* des barrières principales. SLEAC est une méthode qui donne des indications claires pour orienter une investigation plus approfondie (SQUEAC) et elle peut se comparer à une activité de « triage» pour identifier les zones de couvertures élevées et les zones de couvertures faibles qui devraient être l'objet d'une investigation. Malgré cela, des recommandations préliminaires peuvent déjà être faites sur les éléments principaux ressortis lors des discussions avec les mères des cas MAS non

couverts et donc les éléments prioritaires à approfondir. Ainsi, les recommandations qui suivent doivent être reçues comme des indications de lacunes et de barrières potentielles à la couverture du programme PCIMA et non pas comme des recommandations fermes basées sur la triangulation des données entre différentes méthodes et différents acteurs. Les recommandations sont faites sur la base des quatre éléments qui influencent la couverture des programmes PCIMA:

- ✓ 1. Capacité d'identification/référence rapide
- ✓ 2. Capacité de traitement
- ✓ 3. Capacité de rétention
- ✓ Décharge

1. Capacité d'identification/référence rapide

<u>Sensibilisation</u>

- ✓ Intensifier la sensibilisation sur l'existence du service (URENAM et URENAS)
- ✓ Optimiser la sensibilisation en incluant et en mettant l'accent sur les éléments principaux : cible et tranche d'âge concernée, prix (gratuité pour l'URENAS et frais pour l'URENAM)
- ✓ Inclure les acteurs clé (autorités coutumières et religieuses, guérisseurs, accoucheuses traditionnelles, etc.) dans la population ciblée par les activités de sensibilisation

<u>Identification</u>

- ✓ Dépistage passif:
  - o sensibiliser le personnel des CSCom au dépistage systématique (PB et œdèmes) de tout enfant qui vient en consultation et au cours de toute activité préventive (PEV, suivi de la croissance, campagnes, etc.)
- ✓ Dépistage actif:
  - o organiser des campagnes de dépistages de masse (porte à porte) à tous les trois mois <u>pour chaque village et pour chaque concession</u>
  - o Inciter les Relais/ASC à faire régulièrement le dépistage ciblé, soit la prise des mesures pour les enfants « visiblement amaigris » ou « avec œdèmes » ou les enfants « malades » ainsi que lors d'événements particuliers comme les fêtes, durant les jours de marché, etc.; un Relais/ASC doit toujours avoir un ruban PB avec lui
- ✓ Fournir un ruban PB à tous les Relais/ASC et un ruban conforme avec les critères d'admission (couleur rouge à 11.5 cm)

  Dans les cas où l'enfant a été dépisté et n'est pas admissible :
- ✓ Informer les mères que l'enfant se porte bien actuellement mais elle peut consulter en tout temps (ou demander au RECO/ASC de vérifier le PB/œdèmes) si elle remarque que l'état de santé de l'enfant se détériore (perte de poids, anorexie, maladie)

2. Capacité de traitement

- ✓ Éviter les ruptures d'intrants (médicaments, ATPE/ASPE)

- ✓ Voir à la capacité de l'organisation à couvrir les frais reliés à l'URENAM (1ère consultation et médicaments en cas de rupture)
- ✓ Réitérer auprès du personnel des CSCom l'importance d'évaluer à chaque visite la capacité des enfants à consommer l'ATPE (anorexie ou n'aime pas l'ATPE) et cela par :
    - Test d'appétit et/ou
    - Questionnement de la mère
    - Analyse de la prise de poids/PB

  Si l'appréciation est négative, l'enfant doit être obligatoirement référé à l'URENI

3. Capacité de rétention

- ✓ Développer et mettre en place un système efficace pour le suivi des cas d'abandon (et absence???)
- ✓ Suivre et documenter les activités de suivi des cas d'abandon
- ✓ Suivre et documenter les activités de suivi des références (après dépistage au niveau communautaire)

4. Décharge

- ✓ Au moment de la décharge de l'URENAM et de l'URENAS, informer les mères que l'enfant a le droit d'être réadmis en cas de rechute
- ✓ Réitérer auprès des agents des CSCom l'importance de la prise des mesures (Poids et PB) lors de chaque visite des enfants URENAM afin d'identifier les enfants dont l'état nutritionnel s'est dégradé et nécessitent une réadmission à l'URENAS

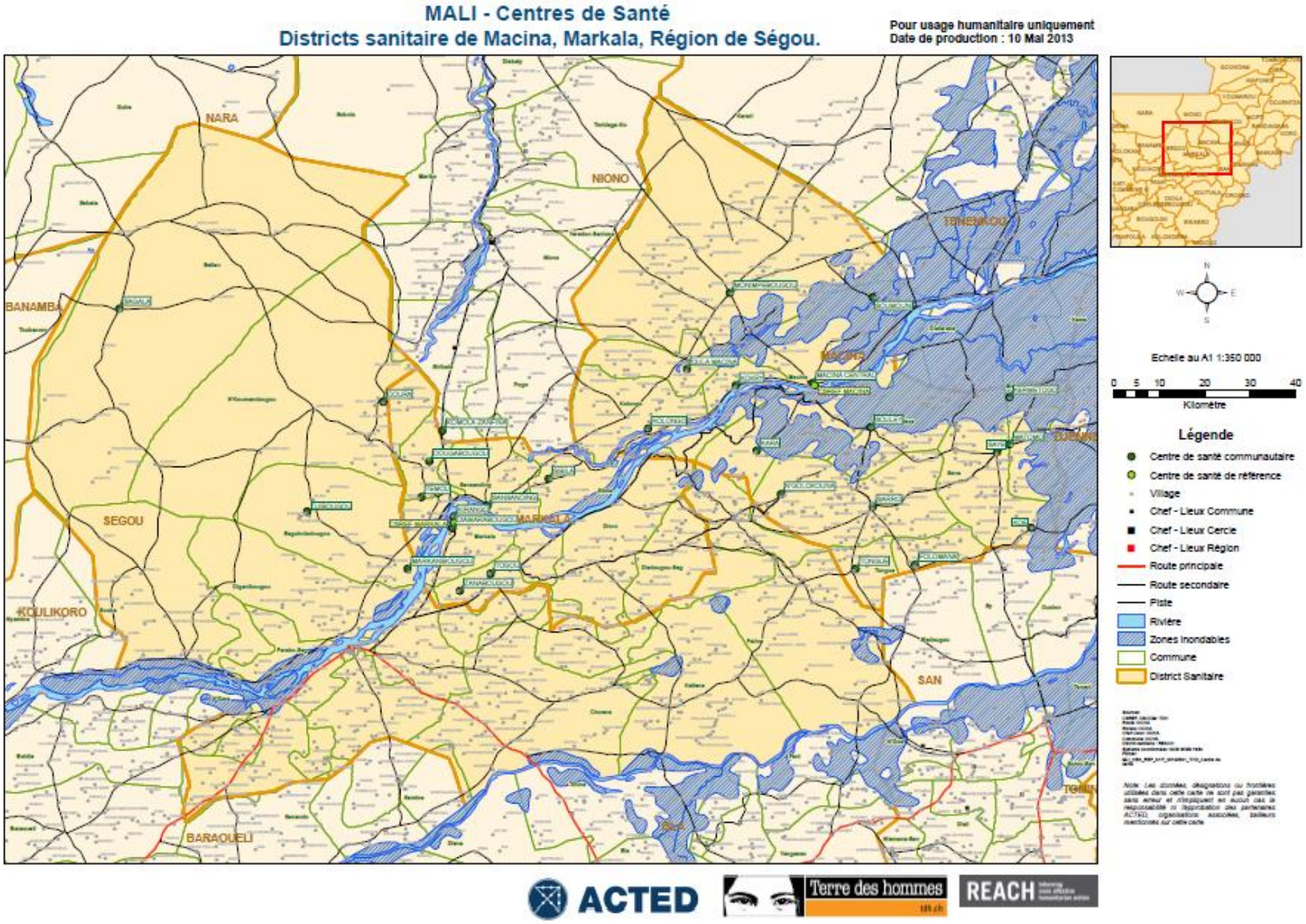
Plaidoyer

Au sein de différents forums de nutrition :

- ✓ Mener des activités de plaidoyer au sujet de :

    - Définition de la catégorie « abandons »
    - Directives du protocole national concernant le test de l'appétit
    - Priorisation de l'indice PT sur le PB comme critère d'admission, de suivi et de sortie pour les enfants qui ont les deux critères (PT et PB)
    - Problématique de l'inclusion du PT comme critère d'admission PCIMA

Annexe 1: CSCom d'intervention de TdH



Annexe 2: Itinéraire

Date	*Jour*	*Activité*
13.01.2014	Lundi	Voyage Nairobi-Bamako
14.01.2014	Mardi	Briefing et préparation
		Voyage Bamako-Ségou
15.01.2014	Mercredi	Formation - classe,
16.01.2014	Jeudi	Formation - terrain, test de standardisation
17.01.2014	Vendredi	Formation - classe
18.01.2014	Samedi	Enquête DS Markala
19.01.2014	Dimanche	Enquête DS Markala
20.01.2014	Lundi	Enquête DS Markala
21.01.2014	Mardi	Déplacement Ségou-DS Macina
		Démarrage enquête
		Analyse préliminaire données Markala (consultante de Valid)
22.01.2014	Mercredi	Enquête DS Macina
23.01.2014	Jeudi	Enquête DS Macina
24.01.2014	Vendredi	Enquête DS Macina
25.01.2014	Samedi	Formation des chefs de zone de TdH
		Analyse préliminaire données Macina (consultante de Valid)
26.01.2014	Dimanche	Analyse des données
27.01.2014	Lundi	Préparation présentation de débriefing
		Débriefing avec TdH
28.01.2014	Mardi	Départ de la consultante

Annexe 3: Fiche de collecte des données

SLEAC : Fiche de collecte des données **Région sanitaire :** _____ **District sanitaire :** _____

CSCOM: _____ Village : _____ Équipe: _____ Date : _____

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

Annexe 4: Questionnaire pour enfants MAS non couverts

Questionnaire pour les parents des enfants (les cas MAS) PAS dans le programme

Région Sanitaire: _____ District sanitaire: _____ CSCOM :_____

Village : _____ Nom de l'enfant: _____ _____

1A. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALADE? SI OUI, DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT? _____

1. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNUTRI? (Grandit bien, a assez de poids, perte de poids récente, etc.)

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON (➡ **STOP!**)

Si oui, quel est le **nom du service**? _____

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

☐ Trop loin ➡ Quelle distance à parcourir à pieds? _____ Combien d'heures? _____

☐ Je n'ai pas de temps/trop occupé(e)

➡ Spécifier l'activité qui occupe la gardienne/ le gardien dans cette période _____

☐ La mère est malade

☐ La mère ne peut pas voyager avec plus d'un enfant

☐ La mère a honte d'atteindre le programme

☐ Problèmes de sécurité

☐ Personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants

☐ La quantité d'ATPE donnée est trop petite pour justifier le déplacement

☐ L'enfant a été rejeté auparavant. ➡ **Quand?** (période approximative) _____

☐ L'enfant d'autres personnes a été rejeté

☐ L'enfant est actuellement dans le programme URENAM

☐ Le mari a refusé

☐ Elle croyait qu'il fallait être admis à l'hôpital en premier

☐ Le parent ne croit pas que le programme peut aider l'enfant (elle/il préfère la médecine traditionnelle, etc.)

☐ Autres raisons: _____

4. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE L'URENAS AU CSCOM?

☐ OUI ☐ NON (➡ **STOP!)**

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

☐ Abandon, quand? _____ **Pourquoi?** _____

☐ Guéris et déchargé **Quand?** ➡ _____

☐ Déchargé car pas de guérison ➡ **Quand?** _____

☐ Autres:_____

(Remercier le parent)

Annexe 5: Liste des participants à la formation et à l'enquête SLEAC

No	Nom et Prénom	District Sanitaire	Position
1	Moussa Diarra	Markala	Étudiant en médecine
2	Hawa Sékou Traoré	Markala	Aide Soignante
3	Boua Cissé	Markala	Étudiant en médecine
4	Ramata Coulibaly	Markala	Sage Femme
5	Mody Diop	Markala	Étudiant en médecine
6	Hawa Toumboura	Markala	Aide Soignante
7	Djenebo Sadio	Macina	Administratrice
8	Moussa Diabaté	Macina	Technicien
9	Bintou Foussé Karabenta	Macina	Juriste
10	Aibaber Mariko	Macina	Administrateur
11	Kadiatou Diablo	Macina	Anthropologue
12	Dr. Adama Kélégan Traoré	Macina	Médecin
13	Dr. Mafio Sylvie Diarra	Markala	CDZ Nutrition - TdH
14	Dr. Hamidou Traoré	Macina	CDZ Nutrition - TdH
15	Alassane Maiga	Markala	Infirmier superviseur - TdH
16	Tidiani Koné	Macina	Infirmier superviseur - TdH
	Josiane Andrianarisoa	Bureau central de Bamako	Chef de Projet Santé-Nutrition

Annexe 6: Terminologie locale, acteurs clé et facteurs contextuels

Français	Bambara	Peulh
Enfant marasmique, enfant très maigre, enfant avec peau plissée	. Fasani . M'Boson . Balokodèsè . Konobani . Fosson . Séré bana . Dewn Fasalé	. Niao dadi
Enfant qui n'a pas d'appétit	. Dewn mi tè doumouni kè	
Enfant enflé, pieds enflés	. Founou founou bana . Ka fari ton . Sen	. Niao poudi
Enfant sevré précocement	. Dewn mi dabola djona	
Enfant qui perd du poids	. Ka Dewn fagan ba	
Enfant malade	. Soumaya	
Enfant qui consomme la pâte d'arachides ATPE/PlumpyNut	. Tigadèguèni	

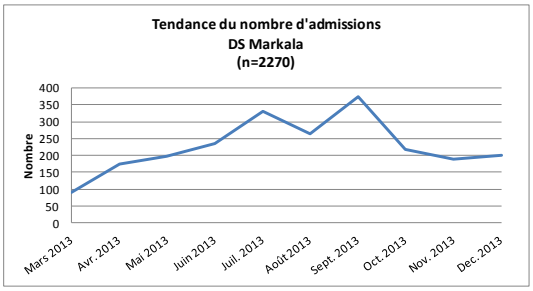
ACTEURS CLÉ qui vont aider à l'identification les maisons des enfants MAS

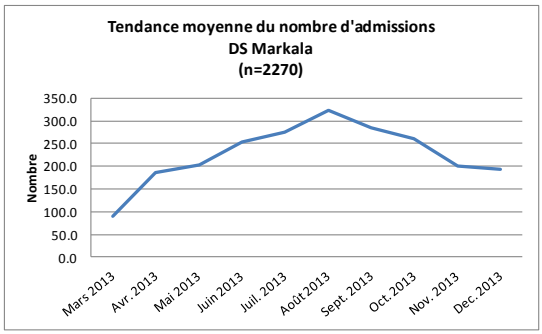
Français	Bambara
Guérisseur traditionnel	Farafing Forakéla
Accoucheuse traditionnelle	Tin minéna, Dewn Salola, Djigini
Chef de village	Dougoutigi
La vieille qui masse les enfants	Dew salola
Présidente groupement féminin	
Relais Communautaire	
Marabou	

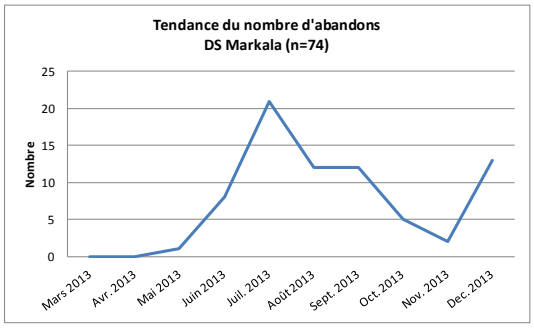
Note : les femmes sont occupées par les activités de maraîchage, il faut visiter les concessions avant 9hres ou après 16hres

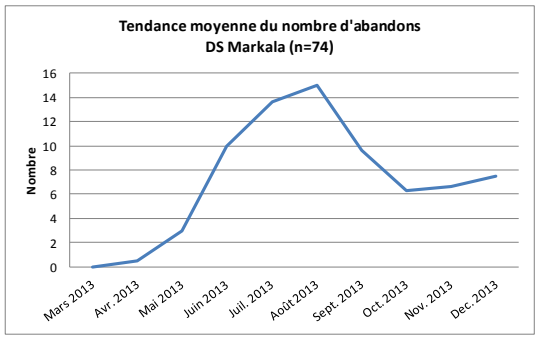
Annexe 7: Indicateurs de performance

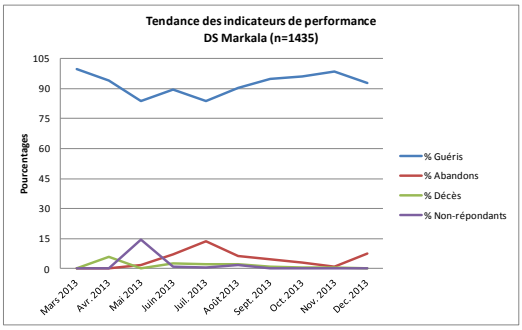
Markala

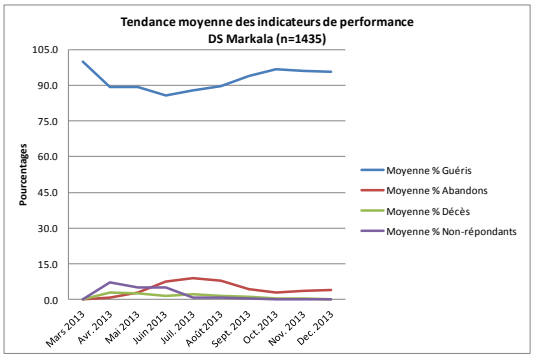




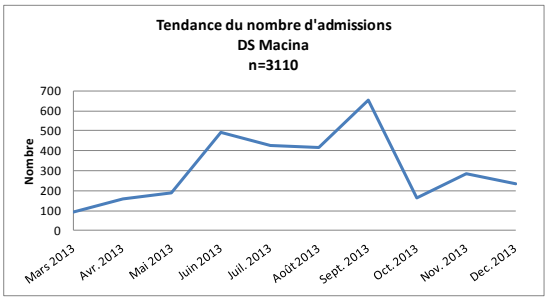


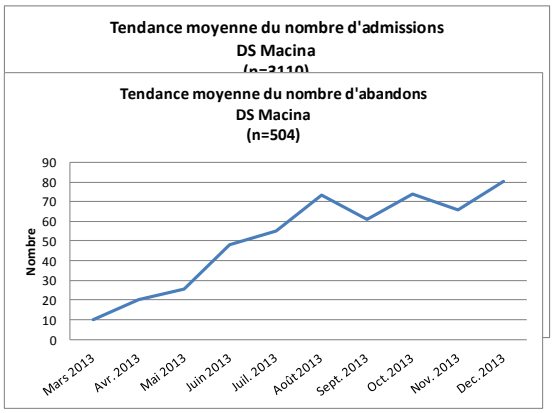


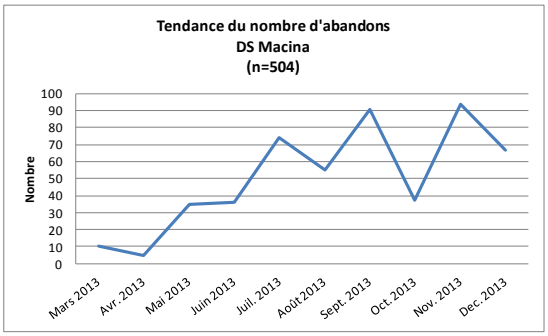


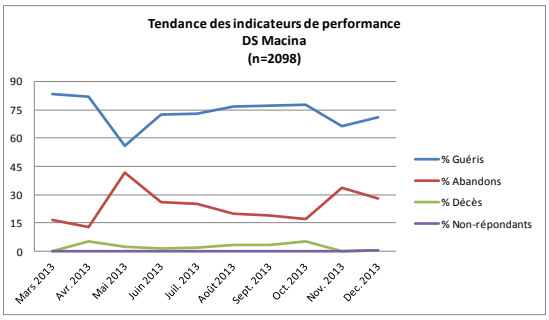


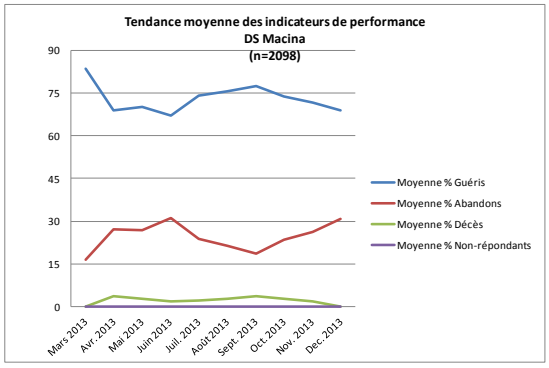
Macina


Tendance du nombre d'admissions
DS Macina
n=3110
Nombre
700
600
500
400
300
200
100
0
Mars 2013
Avr. 2013
Mai 2013
Juin 2013
Juil. 2013
Août 2013
Sept. 2013
Oct. 2013
Nov. 2013
Dec. 2013


Tendance moyenne du nombre d'admissions
DS Macina
Tendance moyenne du nombre d'abandons
DS Macina
(n=504)
Nombre
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Mars 2013
Avr. 2013
Mai 2013
Juin 2013
Juil. 2013
Août 2013
Sept. 2013
Oct. 2013
Nov. 2013
Dec. 2013


Tendance du nombre d'abandons
DS Macina
(n=504)
Nombre
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Mars 2013
Avr. 2013
Mai 2013
Juin 2013
Juil. 2013
Août 2013
Sept. 2013
Oct. 2013
Nov. 2013
Dec. 2013


Tendance des indicateurs de performance
DS Macina
(n=2098)
90
75
60
45
30
15
0
Mars 2013
Avr. 2013
Mai 2013
Juin 2013
Juil. 2013
Août 2013
Sept. 2013
Oct. 2013
Nov. 2013
Dec. 2013
% Guéris
% Abandons
% Décès
% Non-répondants


Tendance moyenne des indicateurs de performance
DS Macina
(n=2098)
90
75
60
45
30
15
0
Mars 2013
Avr. 2013
Mai 2013
Juin 2013
Juil. 2013
Août 2013
Sept. 2013
Oct. 2013
Nov. 2013
Dec. 2013
Moyenne % Guéris
Moyenne % Abandons
Moyenne % Décès
Moyenne % Non-répondants

Annexe 8: Markala - données SLEAC

No	CSCom	VILLAGE	Population Totale	Équipe	Total MAS	MAS couverts	MAS non-couverts	En voie de guérison
1	Diamarabougou	Banbougou	1,748	4	2	0	2	7
2		Kokè	3,719	6	3	0	3	5
3		Sakarla Sokala (Bana, Fakène, Fafawèrè, Sorakola Werè)	2,678	3	5	0	5	0
4		Thiongoni	1,166	4	0	0	0	1
5	DJIBOUGOU	Dlaba	613	2	1	0	1	0
6	DOUGABOUGOU	Dougabougou (Bolibana 3 + Camp3)	20,581	4	1	0	1	0
7		Kora	707	5	0	0	0	0
8		N'omikorobougou	1,552	5	1	0	1	2
9	DOURA	Baguila	612	2	1	0	1	2
10		Markabougou	1,695	6	3	0	3	0
11		N'golobabougou	1,088	6	3	2	1	1
12		Téguéna	1,044	2	4	0	4	1
13	KIRANGO	Koungobg Wèrè	1,201	6	3	0	3	1
14	MARKANIBOUGOU	Markanibougou	2,163	4	2	1	1	1
15		Bougan	449	5	1	0	1	0
16		Kènè	628	5	2	0	2	0
17		Soké	431	5	0	0	0	1
18	SAGALA	Chokoun	1,085	3	3	1	2	2
19		Ouèrdè	182	3	1	0	1	0
20	SIBILA	Sibila (Marimana)	5,384	1	1	0	1	0
21		Kationa	544	1	0	0	0	0
22		Nakry	1,705	2	1	0	1	4
23		Sossé Bozo	1,512	1	2	0	2	0
24	TEMOU	Faya Bamana	706	3	1	0	1	0
25	TOGOU	Togou (Q. Koitala)	5,838	1	1	0	1	0
26		Kani	1,600	1	1	0	1	2
27	ZANABOUGOU	Binatomabougou	448	5	0	0	0	1
28		Tessébougou	1,136	5	0	0	0	3
29	SANSANDING	Gomakoro	2,227	2	1	0	1	1
30		Soungo	711	6	1	0	1	0
31	KOMOLA ZANFINA	Bougoula	676	2	2	0	2	0
32		Torola	154	2	0	0	0	0
	TOTAL		65,982		47	4	43	35

Annexe 9: Macina - données SLEAC

No	CSCom	VILLAGE	Population Totale	Total MAS	MAS couverts	MAS non-couverts	En voie de guérison
1	FOLOMANA	Ninga Bamana	1,051	1	1	0	3
2		Bella Bamana	525	2	1	1	1
3	KARA	Guéna	607	0	0	0	0
4		Kilébi Wadjé	1,180	1	0	1	1
5	KERMETOGO	Kotoumou	2,351	1	0	1	1
6	KOE	Koé	2,746	2	0	2	0
7		Kanguira	451	3	0	3	0
8	KOKRY	Ségou-coura	827	2	0	2	0
9		Sansanding	582	0	0	0	0
10		Tagala	564	1	0	1	0
11		K8 (Koutiala coura)	893	3	0	3	1
12		Sancoura	249	0	0	0	0
13	KOLONGO	Bolibana	1,881	0	0	0	2
14		Niaroba (2 quartiers)	3,364	0	0	0	0
15		Sossébougou	615	1	0	1	1
16		Loutan	935	0	0	0	0
17		Nazambougou	327	0	0	0	0
18	MACINA CENTRAL	Guénda	596	1	0	1	1
19		Tinema	2,319	1	0	1	0
20	MATOMO	Matomo Bamana	1,405	0	0	0	4
21	MONIMPE	Gnégnébougou	121	0	0	0	0
22		Bengo	1,941	2	0	2	0
23		Massamana	640	0	0	0	0
24		Nono	1,717	2	0	2	0
25	N'GOLOKOUNA	Kenné	1,816	6	3	3	2
26		Niazana	1,289	0	0	0	0
27	OULAN	Namsiguiyo	447	0	0	0	6
28		Nasiguila	499	1	1	0	1
29		Tomy	954	0	0	0	0
30	SARRO	Missena	544	2	0	2	0
31		Kana	698	7	6	1	0
32	SAYE	Saye (Q. Miankala)	5,704	0	0	0	0
33		Kerta	1,680	1	0	1	0
34		Diado	706	0	0	0	0
35	SOULEYE	Dry	1,034	0	0	0	0
36	SOUMOUNI	Komara	1,642	0	0	0	1
37	TONGUE	Kaladiola Bamana	196	0	0	0	0
38		Toumou	1,172	2	0	2	8
	TOTAL		46,269	42	12	30	33

Annexe 10: Éléments qui influencent la couverture des programmes PCIMA

Principe de la PCIMA :
Intervention pour la survie de l'enfant → Éviter /réduire la mortalité

1. Capacité d'identification/référence rapide

→ Décentralisation du service (distance) **????**
→ Sensibilisation - Éducation nutritionnelle/malnutrition **??**
✓ **Caractéristiques du service**
- Pour qui? Où? Cible et tranche d'âge concernée
- Modalités : Prix, Durée, etc.

→ **Identification** - Passive (Au CSCom)
- Dépistage à toute occasion **????**
- Autoréférence (suite à la sensibilisation) **??**

- Active (au niveau communautaire)
- **Présence d'ASC et Relais**
- **Dépistage de masse**
- **Dépistage régulier et à toute occasion**

- **Outils de dépistage** (PB, capacité de vérification des œdèmes)
- Information donnée si « rejet »
- **Au CSCom**
- Dans la communauté **??**

2. Capacité de traitement

→ **Disponibilité des médicaments**
- **URENAM**
- **URENAS**

→ **Disponibilité de l'ATPE**
- **URENAM**
- **URENAS**

→ **Capacité financière du bénéficiaire**
- **URENAS gratuit mais barrière à cause des frais ; l'URENAM**
- **URENAM : 500-600 F lors de la 1ère consultation**

→ **Capacité d'identification du besoin de référence**
- **Complications médicales**
- **Manque d'appétit/n'aime pas l'ATPE**

3. Capacité de rétention

→ **Taux d'abandons**

- **Markala 5.1%**
- **Macina 24%**

→ **Suivi des absences**

- **Pas fait**

→ **Suivi des abandons**

- **Pas suivi et pas documenté de manière appropriée**
- **Plusieurs cas non couverts étaient des abandons**

4. Décharge

→ Application des critères de sortie

- **Protocole national**
- **Durée du séjour**

→ Information aux mères

- **Possibilité de réadmission**

→ Suivi des déchargés

- **Suivi de l'état nutritionnel à l'URENAM**