

RAPPORT FINAL

SLEAC

Évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Districts sanitaires d'Ampanihy et Betioky, Madagascar

Novembre 2017

Avec la participation de :



Financé par
l'Union européenne
Aide humanitaire

REMERCIEMENTS

L'évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture (SLEAC) des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans les districts d'Ampanihy et Betioky dans la région Atsimo-Andrefana au sud du Madagascar a été rendue possible grâce au co-financement de la Direction Générale pour la Protection Civile et les Opérations d'Aide Humanitaire Européennes de la Commission européenne (ECHO) et de l'UNICEF.

L'évaluation a été menée par Lenka Blanárová, Global Coverage Advisor, Action Contre la Faim, Royaume Uni en collaboration avec l'équipe d'Action Contre la Faim à Madagascar sous la supervision d'Olivier Le Guillou, Directeur Pays, et l'équipe de l'UNICEF à Madagascar sous la supervision de Sylvie Chamois, Spécialiste en Nutrition et de Smaila Gnegne, Spécialiste en Suivi & Evaluation.

L'équipe SLEAC souhaite d'adresser ses remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à cette évaluation et/ou ont facilité son déroulement, notamment :

À Dr. Francis Adolphe Andriamiarisoa, Directeur de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) à Tuléar et à son équipe pour leur disponibilité absolue lors de la collecte des données dans la zone d'étude.

Aux membres du Comité de Pilotage, notamment M. Smaila Gnegne, Responsable Suivi-Evaluation (Nutrition), UNICEF, Mme. Aina Liselle Andriamahefazafy, Responsable Suivi-Evaluation, Office National de la Nutrition, Dr. Mamy Hanitra Ramangakoto, Adjoint Technique, Service de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique, Mme. Rivomihaja Randrianasolo, Responsable des bases de données, Service de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique et Mme. Jeannine Rasoarinoro, Responsable Département Nutrition et Santé, Action Contre la Faim pour leur soutien et esprit critique, notamment lors de la préparation de l'évaluation.

Aux autorités administratives et traditionnelles sur l'étendue des districts d'Ampanihy et Betioky, notamment aux chefs de fokontany échantillonnés et visités pour leur accueil chaleureux et leurs orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe de collecte de données pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes.

Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail et l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliquées.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
ABBREVIATIONS	4
RÉSUMÉ	5
I. INTRODUCTION	8
Justification	8
Contexte nutritionnel	8
II. OBJECTIFS	9
III. METHODOLOGIE	10
IV. RÉSULTATS	18
Résultats généraux	18
Classification de la couverture du programme PECMAS	22
Estimation de la couverture unique du programme PECMAS	24
Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS	26
Facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS	32
V. CONCLUSION	35
VI. RECOMMANDATIONS	36
ANNEXES	38

ABBREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ADRA	Adventist Development and Relief Agency
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt-à-l'Emploi
ASV	Agent de Santé Villageois
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt-à-l'Emploi
CSB	Centre de Santé de Base
DS	District sanitaire
ECHO	Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission Européenne
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
IC	Intervalle de Confiance
IRA	Infections Respiratoires Aigües
Link NCA	Analyse Causale de la Sous-Nutrition
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
P/T	Poids/Taille
PECMAS	Prise En Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère
PECMAM	Prise En Charge de la Malnutrition Aigüe Modérée
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SLEAC	Evaluation LQAS Simplifiée de l'Accessibilité et de la Couverture
SQUEAC	Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
SMART	Enquête Nutritionnelle utilisant la méthodologie SMART (Enquête Anthropométrique)
UNICEF	United Nations' Children's Fund
WFP/PAM	World Food Programme/Programme d'Alimentation Mondial

RÉSUMÉ

Depuis le début de l'année 2015, le sud de Madagascar fait face à une situation de crise alimentaire qui est la conséquence de trois années successives d'insuffisance pluviométrique ayant entraînée une réduction significative des récoltes dans cette région déjà très fragile du point de vue écologique. Afin de répondre à la situation d'urgence en conséquence, UNICEF, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) et l'Office National de Nutrition (ONN), a initié une série d'actions pour permettre la prise en charge d'enfants sévèrement malnutris (PECMAS).

Afin de mesurer le niveau de couverture du programme et d'analyser les facteurs de blocage avec l'objectif d'orienter les ressources disponibles sur les zones ayant une faible couverture, deux enquêtes de couverture du programme PECMAS ont été menées dans les districts d'Ampanihy et Betioky en Novembre et Décembre 2017, cofinancées par la Direction Générale pour la Protection Civile et les Opérations d'Aide Humanitaire Européennes de la Commission européenne (ECHO) et l'UNICEF.

Dans le district d'Ampanihy, l'équipe SLEAC a identifié 16 cas MAS couverts (C^{in}), 43 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 86 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 145 cas. Dans le district de Betioky, l'équipe SLEAC a identifié 19 cas MAS couverts (C^{in}), 44 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 28 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 91 cas.

Selon ces résultats, la couverture dans les districts d'Ampanihy et Betioky a été classifiée comme modérée, c'est-à-dire entre 20 et 50%. Dans le cas de district de Betioky elle a pu être estimée à 42.34% (IC 95% 33.15% - 51.53%). L'estimation de la couverture dans le district d'Ampanihy n'a pas été possible dû au caractère hétérogène des résultats dans le district, spécifiquement au niveau de la commune d'Itampolo où un nombre des cas couverts et non-couverts différait substantiellement des autres communes échantillonnées. Par contre, cette déviation n'a pas empêché l'estimation de la couverture combinée pour les deux districts. Ainsi, la couverture pour les districts d'Ampanihy et Betioky a été estimée à 45.01% (IC 95% 39.62% - 50.40%), s'approchant du seuil SPHERE de 50% recommandé aux programmes PECMAS dans le milieu rural. Considérant que l'utilisation des centres de santé de base dans les deux districts oscille autour 37%¹, la couverture du programme PECMAS dans la zone évaluée peut être considérée satisfaisante.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAS non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky est la non-reconnaissance du programme PECMAS. Dans les district d'Ampanihy, 63% des accompagnants des cas MAS non-couverts n'étaient pas au courant

¹ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la Santé Publique, septembre 2015.

d'une existence de tel service dans le centre de santé de base à leur proximité ; dans le district de Betioky c'était 46%.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'à Ampanihy la distance entre le centre de santé de base et le village s'avère très problématique et décourage 43% des accompagnants des cas MAS non-couverts de chercher les soins appropriés au CSB, les parents à Betioky se heurtent contre un manque des moyens financiers pour le traitement qui démotive 45% d'entre eux.

Facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS

Malgré la faible reconnaissance de la malnutrition par les accompagnants des cas MAS non-couverts, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant a été citée comme le principal facteur motivant l'inscription au programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS couverts dans les deux districts. Ceci est très encourageant et confirme l'importance d'un bon diagnostic de la maladie au ménage.

Dans le district d'Ampanihy, le soutien et l'encouragement des agents communautaires a été classifié comme le deuxième facilitateur le plus important ; à Betioky cette place a été réclamée par l'accès à l'ATPE. Vu sa valeur alimentaire/financière pour un ménage comme tel, pas seulement pour un cas MAS, motivant le partage et/ou la vente de ce produit, l'inscription au programme PECMAS peut être ainsi considérée comme financièrement motivée et pas nécessairement refléter un désir authentique des parents de faire soigner leurs enfants. L'accès à l'ATPE a été cité comme le troisième facilitateur le plus important à Ampanihy, confirmant la propagation de cette perception au-delà du district de Betioky.

Recommandations

Suite aux résultats de l'évaluation SLEAC présentés dans le présent rapport, les recommandations suivantes ont été élaborées afin d'adresser les facteurs de blocage principaux identifiés et ainsi améliorer la couverture du programme PECMAS dans la prochaine période de programmation.

- I. Réaliser des études qualitatives afin de mieux comprendre et analyser les facteurs ayant l'impact sur la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky.
- II. S'appuyer sur l'analyse causale de la malnutrition Link NCA afin d'identifier les actions prioritaires de la lutte contre la malnutrition et ainsi réduire la prévalence de la malnutrition dans les districts d'Ampanihy et Betioky.
- III. Evaluer les points forts/faibles des stratégies d'engagement communautaire existantes, ainsi que ses opportunités/menaces et rechercher les synergies avec les autres initiatives dans le domaine de santé ou autre afin de permettre la diffusion efficace des messages clés et leur appropriation par les populations cibles.
- IV. Élaborer et plaider pour une stratégie avancée, notamment dans le district d'Ampanihy, afin d'augmenter la couverture du programme PECMAS.
- V. Entreprendre un diagnostic du système de santé pour pouvoir identifier et rectifier les incohérences de la prise en charge de malnutrition aigüe sévère dans les districts d'Ampanihy et Betioky.

VI. Considérer l'intégration de quelques indicateurs de la couverture clés dans le système national de collecte de données routine de santé afin d'évaluer l'évolution des facteurs de blocage et des facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS d'une manière régulière.

I. INTRODUCTION

JUSTIFICATION

Depuis le début de l'année 2015, le sud de Madagascar fait face à une situation de crise alimentaire qui est la conséquence de trois années successives d'insuffisance pluviométrique ayant entraînée une réduction significative des récoltes dans cette région déjà très fragile du point de vue écologique. En effet, cette zone, qui est formée de trois régions (Androy, Anosy et Atsimo Andrefana), est semi-aride avec, même en temps normal, une pluviométrie inférieure à 500 millimètres par an. La population, composée de 1,8 millions d'habitants dont 325,000 enfants de moins de 5 ans, est donc confrontée régulièrement à des chocs liés à la sécheresse, au manque d'eau (principal défi) auquel s'ajoute d'autres aspects structurels comme la faiblesse du système de santé, de l'éducation et d'autres secteurs sociaux.

UNICEF, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) et l'Office National de Nutrition (ONN), a initié la réponse à l'urgence par une série d'actions : 1) l'approvisionnement continu de l'ensemble des 204 centres de santé dans la zone d'urgence, 2) la détection précoce des cas de malnutrition et le référencement pour traitement via un dépistage exhaustif mensuel, 3) le renforcement de la capacité des agents de santé dans la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS). Ces efforts ont permis de prendre en charge près de 43,000 cas d'enfants sévèrement malnutris depuis 2015.

Dans le cadre du co-financement ECHO et UNICEF « Atténuer l'impact attendu de la sécheresse associée à El Nino sur l'état nutritionnel des enfants les plus vulnérables âgés de 6 à 59 mois dans les régions du sud de Madagascar », deux évaluations de couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (PECMAS) ont été menées afin de mesurer le niveau de couverture et d'analyser les facteurs de blocage à l'extension des programmes avec l'objectif d'orienter les ressources disponibles sur les zones ayant une faible couverture, définir une stratégie avancée de prise en charge et enfin, identifier les facteurs de blocage à l'accès et couverture des soins.

CONTEXTE NUTRITIONNEL

Les carences nutritionnelles se caractérisent par des manifestations anthropométriques, cliniques ou biologiques, et entraînent des risques élevés pour la santé de l'individu, en particulier pour celle des enfants âgés de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer. La malnutrition résulte d'insuffisances alimentaires et/ou de maladies, surtout infectieuses. Le complexe malnutrition-infection demeure un problème de santé publique important dans les pays en développement.

Les résultats des huit dernières enquêtes nutritionnelles SMART qui ont eu lieu en Mars/Avril 2017, soit pendant la période de soudure où la malnutrition est à son niveau le plus élevé, ont démontré la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) à Ampanihy de 8,5 % (6,6 - 10,8), ce qui peut être classifiée comme une situation nutritionnelle précaire selon la classification de l'OMS (2006). La prévalence de malnutrition aigüe sévère (MAS) a été estimée à 0,9 % (0,5 - 1,6).

Lors des mêmes enquêtes nutritionnelles, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) à Betioky a été estimée à 8,4 % (6,5 - 10,8). Pareillement à Ampanihy, la situation nutritionnelle dans ce district est précaire selon la classification de l'OMS (2006). La prévalence de malnutrition aiguë sévère (MAS) a été moins importante, au niveau de 0,4 % (0,2 - 1,1).

Toutefois, aux problèmes de survie de l'enfant liés à la malnutrition aiguë, s'ajoute un problème de malnutrition chronique. La situation autour du retard de croissance est alarmante dans les deux districts. Dans le district d'Ampanihy, la prévalence de malnutrition chronique a été estimée à 39,4 % (35,7 - 43,2), dont 9,1 % (7,4 - 11,1) de malnutrition chronique sévère. Dans le district de Betioky, la prévalence de malnutrition chronique a été estimée à 38,3 % (33,4 - 43,4), dont 9,6 % (7,3 - 12,5) de malnutrition chronique sévère.

Les indicateurs mesurés lors des enquêtes nutritionnelles en Mars/Avril 2017 sont résumés dans le tableau 1 ci-dessous.

Districts REGIONS	Prévalence de la malnutrition aiguë Poids/Taille <-2 Z-scores et/ou œdèmes (%)	Prévalence de la malnutrition chronique Taille/Âge <-2 Z-scores (%)	Mortalité chez les moins de 5 ans (décès/10000/jour)	Couverture de la vaccination contre la rougeole (%)	Couverture de la supplémentation en vitamine A (%)	Couverture du déparasitage (%)	Taux d'allaitement maternel exclusif (%)
Ampanihy ATSIMO ANDREFANA	8,5	39,4	0,76	60,3	70,0	67,0	42,6
Betioky ATSIMO ANDREFANA	8,4	38,3	1,40	64,8	79,6	78,9	50,0

TABLEAU 1. Aperçu des indicateurs clés mesurés lors des enquêtes nutritionnelles SMART dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Mar./Avr. 2017

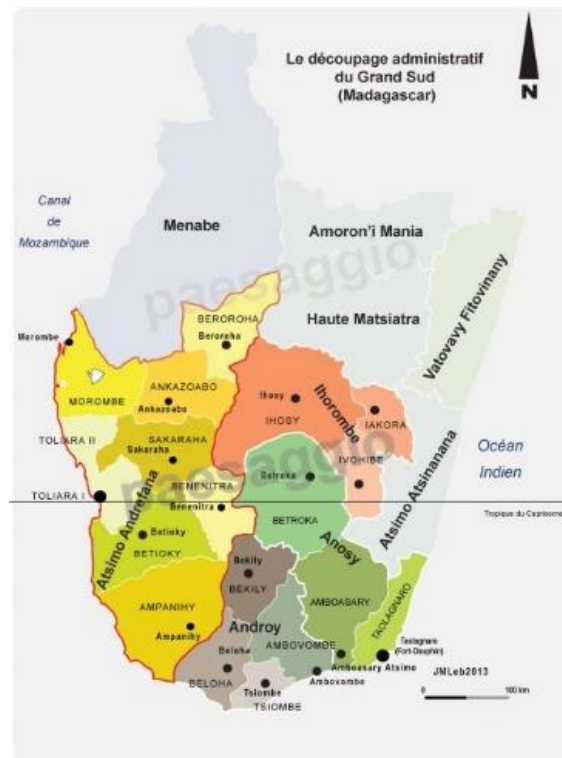
Une classification des districts d'Ampanihy et Betioky selon le niveau de l'insécurité alimentaire (IPC) a été réalisée en Octobre 2017 par le Bureau National de Gestion des Crises et Catastrophes (BNGRC) et l'ensemble des intervenants dans le sud. Suite aux analyses, les deux districts ont été classifiés en phase 3, c'est-à-dire en phase de crise, représentant 113 081 individus à Betioky et 51 764 à Ampanihy en besoin d'action urgente².

II. OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général de cette enquête est d'évaluer le taux de couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) et d'identifier les barrières d'accès au traitement dans les districts sanitaires d'Ampanihy et Betioky dans la région Atsimo-Andrefana au sud du Madagascar selon la méthodologie SLEAC.

² https://www.bngrc-mid.mg/images/document/IPC/Fiche_de_communication_IPC_IAA_juin2017_vf_ENG.pdf



La méthodologie SLEAC est la méthode la plus adaptée pour estimer la couverture des grandes zones géographiques. En d'autres mots, elle est utilisée pour les évaluations régionales ou nationales. Lors d'une telle évaluation, la couverture est typiquement (1) classifiée et géolocalisée sur une carte au niveau du district et (2) estimée à l'échelle régionale ou nationale.

La méthodologie SLEAC permet de décrire la couverture dans l'unité de prestation de services évaluée comme « la couverture faible », « la couverture modérée » ou « la couverture élevée ». La méthode de classification est dérivée de la technique de classification LQAS simplifiée qui permet une classification à deux ou trois niveaux. Dans la présente évaluation, une méthode de classification à trois niveaux a été utilisée dans le but de distinguer les unités de service à couverture très élevée des unités de services à couverture très faible (Cf. [Classification de la couverture du programme PECMAS](#)).

L'avantage de cette approche est qu'il suffit d'utiliser un échantillon relativement petit (par exemple, $n = 40$) pour effectuer une classification précise et fiable.

A la suite des résultats de l'évaluation SLEAC, il est souvent utile pour le programme PECMAS d'investiguer en profondeur les barrières et facilitateurs d'accès au traitement dans les districts avec une couverture faible. Ceci se fait généralement par le biais d'une enquête SQUEAC. La figure 2 présente le diagramme de flux SLEAC-SQUEAC.

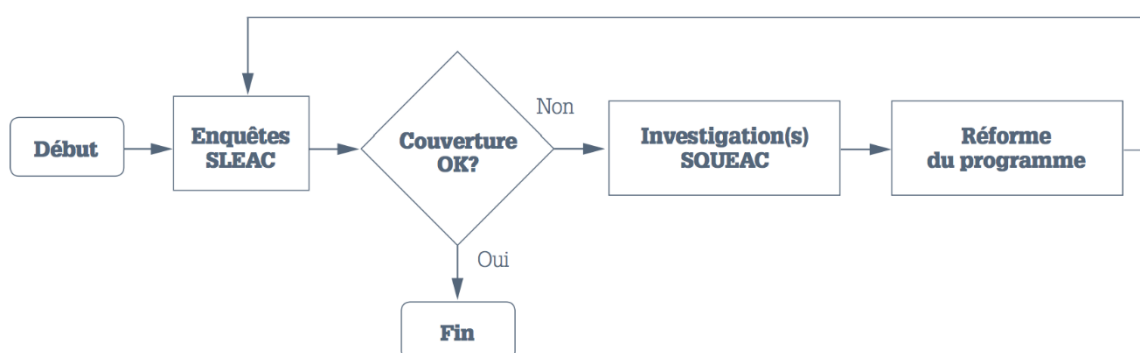


FIGURE 2. Diagramme de flux SLEAC-SQUEAC

Échantillonnage

La méthodologie SLEAC utilise un échantillonnage de sondage en grappe à deux niveaux. La méthode d'échantillonnage de premier degré doit être de type spatial pour obtenir un échantillon suffisamment uniforme de la zone d'intervention couverte par le programme. Ainsi, dans le but d'assurer une représentativité spatiale, les villages ont été d'abord sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié à partir d'une liste exhaustive des villages concernés et regroupés par district sanitaire/aire de santé (Cf. Échantillonnage de premier degré). Ensuite, l'échantillonnage au niveau des villages a suivi la méthode de recherche « active et adaptative » des cas (Cf. Échantillonnage de deuxième degré) qui permet la recherche des enfants répondant aux critères d'admission des programmes PECMAS en utilisant une définition de cas pendant les visites des ménages avec les enfants âgés de 6 à 59 mois.

1. Échantillonnage de premier degré

Dans la première étape d'échantillonnage, une liste des villages pour chaque district sanitaire (DS), regroupés par aire de santé, a été obtenue du Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Ces listes, utilisées pour tous autres enquêtes sur le territoire malgache, ont servi comme base d'échantillonnage pour la sélection des villages géographiquement représentatifs de la zone d'enquête.

Pour déterminer le nombre de villages à visiter dans chaque DS, la méthode SLEAC utilise les estimations de population et de prévalence MAS par le périmètre brachial et/ou œdèmes bilatéraux afin d'assurer que la taille d'échantillon cible soit atteint. Une taille d'échantillon cible de 40 cas MAS (n = 40) dans chaque zone dans laquelle la couverture doit être classée est généralement suffisante pour la plupart des utilisations de la méthodologie SLEAC. Toutefois, dans certains contextes il peut être difficile, voire impossible, de trouver 40 cas MAS (n=40). Ceci arrive si la prévalence MAS est faible ou la population moyenne des villages est peu nombreuse. Dans les cas pareils, il est possible de réduire la taille d'échantillon cible sans augmenter l'erreur.

Dans le cas de la présente évaluation, selon la formule ci-dessous, il a été estimé qu'au moment de la collecte de données il y avait 416 cas MAS dans le district d'Ampanihy et 310 cas dans le district de Betioky. Pour estimer la population et la prévalence de MAS dans chaque district, les données les plus récentes du Ministère de la Santé Publique, y compris le dernier rapport SMART⁶ ont été utilisées.

$$\left| \text{pop. moyenne par village}_{\text{tous les ages}} \times \frac{\% \text{ de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100} \right|$$

Etant donné que le nombre estimé dans les deux districts a été inférieure à 500, la taille d'échantillon cible a été réduite à 33 cas MAS selon les consignes méthodologiques présentés dans la Reference Technique SLEAC⁷.

Nombre total de cas dans l'unité de prestations de services*	TAILLE D'ÉCHANTILLON CIBLE POUR...	
	une norme de 50%	une norme de 70% ou des seuils de catégorie de 30% / 70%
500	37	33
250	35	32
125	31	29
100	29	26
80	27	26
60	25	25
50	23	22
40	21	19
30	17	18
20	15	15

TABLEAU 1. Tailles d'échantillon cibles pour des normes de couverture de 50% et 70% à utiliser pour enquêter sur de petites unités de prestation de services et/ou lorsque la prévalence de la MAS est faible.

⁶ Avril 2017.

⁷ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference, p. 118.

Ensuite, pour estimer un nombre de villages nécessaires dans chaque district sanitaire pour atteindre la taille d'échantillon cible, la formule suivante a été utilisée :

$$n_{\text{villages}} = \left\lceil \frac{n}{\text{pop. moyenne par village}_{\text{tous les ages}} \times \frac{\% \text{ de la population}_{6-59 \text{ mois}}}{100} \times \frac{\text{prévalence MAS}}{100}} \right\rceil$$

Ainsi, il a été calculé que les équipes de terrain devaient visiter 44 villages dans le district d'Ampanihy et 40 villages dans le district de Betioky pour atteindre la taille d'échantillon cible. Les calculs détaillés se trouvent dans le tableau 2 ci-dessous.

District	Est. pop. 2017 (M/F)	Est. % 6-59 m	Est. pop. 6-59 m
Ampanihy	346,425	16.00%	55,428
Betioky	258,356	16.00%	41,337

District	Prevalence MAS ⁸	Prevalence MAM	Est. pop. SAM	Est. pop. MAM	Echantillon cible	Taille de village moyenne	Est. no. villages à visiter
Ampanihy	0.75%	6.8%	416	3769	33	620	44
Betioky	0.75%	6.1%	310	2522	33	696	40

TABEAU 2. Chiffres clés utilisées pour le calcul d'échantillon cible dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Etapes de la procédure d'échantillonnage aléatoire pour chaque district sanitaire

- Identification des listes exhaustives de communes et villages pour chaque DS ;
- Calcul d'un intervalle d'échantillonnage (pas de sondage) à l'aide de la formule d'intervalle, en divisant le nombre total de villages par le nombre de villages à visiter.
- Sélection aléatoire d'un village de départ à partir du haut de la liste à l'aide d'un nombre aléatoire compris entre 1 et la partie entière du pas de sondage généré par le générateur de nombres aléatoires.

La liste complète des villages échantillonnés se trouve dans l'Annexe 5.

2. Échantillonnage de deuxième degré

Pour la recherche des cas des enfants MAS deux méthodes distinctes ont été utilisées pour les localités urbaines et rurales.

Milieu rural

Dans le milieu rural, la méthodologie SLEAC préconise l'utilisation de la recherche active et adaptative des cas MAS, dans le cadre de laquelle les équipes de la collecte de données visitent

⁸ Estimations basées sur la prévalence MAS selon le périmètre brachial du dernier rapport SMART.

les villages sélectionnés et avec l'aide d'informateurs locaux recherchent activement les enfants répondant aux critères de définition de cas.

Pour que cela fonctionne bien, les équipes de la collecte de données doivent avoir une définition de recherche de cas traduite dans une langue locale et alignée avec les perceptions et/ou croyances locales en ce qui concerne les enfants atteints de la MAS. Afin de faciliter le processus de la définition de cas et ainsi rendre la méthode de recherche de cas la plus efficace et fiable, des évaluations de couverture antérieures menées dans les différents contextes ont été consultées.

Suite aux consultations avec les différents intervenants actifs dans les deux districts, la question de recherche de cas a été formulée ainsi :

« Pouvez-vous nous emmener les enfants de 6 à 59 mois qui sont maigres et qui sont ou étaient récemment malades⁹ ? »

Les expressions locales utilisées pour décrire la malnutrition, y compris ses symptômes ou effets, ont été répertoriées par les équipes de terrain lors de leur formation et ajoutées au manuel de terrain afin de faciliter la recherche active et adaptative des cas. Elles sont résumées dans le tableau 3 ci-dessous.

Terme (malgache)	Traduction
Mahia	Maigre
Mivonto betroky, bonaky	Gonflement
Fivalana	Diarrhée
Tazo, mafana sandry	Fièvre
Mandoa	Vomir
Tsifanjariantsakafo	Malnutrition
Tareninantitse	Marasme
Malay hanina	Manque d'appétit
Tsy afaky	Flasque
Tara tomboky, tsy mitombo	Retard de croissance
Latsaky refi-tsandry	Périmètre brachial
Fandraisana an-tanana	Prise en charge
Plempy	PlumpyNut®

TABEAU 3. Liste terminologique relative à la recherche active et adaptative des cas dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

En utilisant la définition de recherche de cas prédéterminée, les équipes ont rendu visite aux ménages pour trouver les enfants âgés de 6 à 59 mois, avec une attention particulière prêté aux ménages avec les enfants 6 à 59 mois qui ont été récemment malades. Cela a assuré que les enfants à risque de malnutrition soient dépistés pendant l'évaluation, référés si besoin, et notés comme couverts, en voie de guérison ou non-couverts dans un programme PECMAS.

Pour les enfants identifiées comme malnutries, une vérification visuelle a été effectuée pour déterminer si les enfants étaient couverts ou non par le programme PECMAS – ceci avec l'aide de carnet de santé et/ou les sachets d'ATPE.

La recherche active et adaptative des cas a dépendu des recommandations des informateurs clés, tels que les leaders communautaires ou agents villageois de santé (AVS) qui assistent au dépistage communautaire de la malnutrition aiguë sévère et/ou autres activités dans le

⁹ Traduction malgache malgache (dialecte locale) : « Afaka atorona anay ve ny toerana misy aja 6-59 volana mahia na narary vao tselatsela ».

domaine de santé, telles que la vaccination ou la sensibilisation des communautés. Pour cette raison, il a été décidé que les chefs de fokontany ou les AVS serviraient comme le premier point de contact lors de la collecte de données. Ensuite, étant donné que la méthodologie de recherche active et adaptative des cas fonctionne sur le principe de la boule de neige, les autres informateurs clés ont été consultés lors du passage des enquêteurs dans le village. Ceci a impliqué les parents des enfants visités ou autres personnes qui pourraient identifier les enfants selon la définition de cas. Au final, les équipes de terrain ont rendu visite à tous les ménages avec les enfants de 6 à 59 mois, censés répondre à la définition de cas.

Milieu urbain

Dans les zones urbaines et périurbaines, comme les villes d'Ampanihy et Betioky, la recherche active et adaptative des cas MAS a été remplacée par la recherche porte-à-porte pour des raisons de circulation d'information qui n'est pas aussi fluide dans les communautés urbaines. Ainsi, dans le milieu urbain, tous les enfants âgés de 6 à 59 mois ont été dépistés et évalués selon les critères d'admissibilité pour l'évaluation SLEAC.

Collecte de données

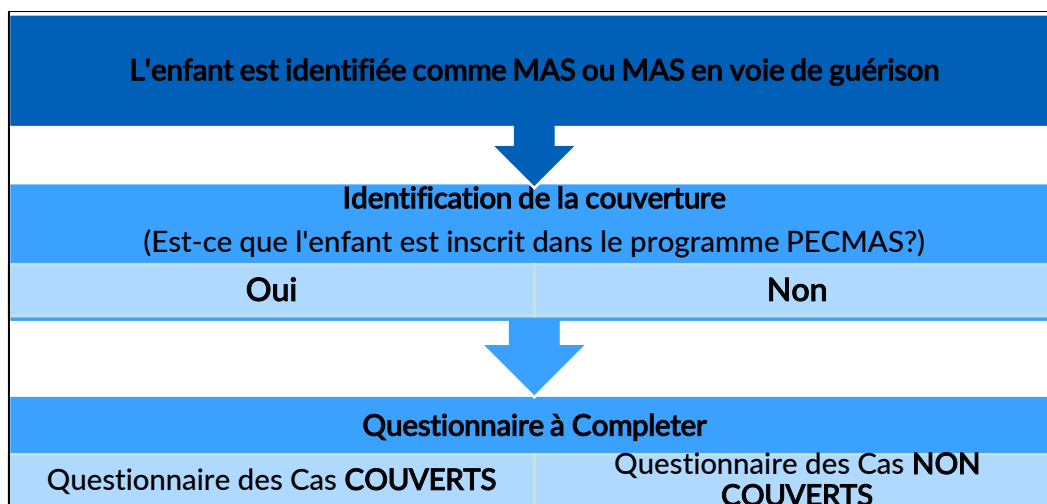
La collecte des données a été réalisée à l'aide de questionnaires électroniques, administrés avec des appareils portables (tablettes) et synchronisés sur un serveur de la plateforme KoboToolBox¹⁰.

Pour les enfants avec le PB < 115 mm ou les œdèmes bilatéraux (cas MAS) ou les enfants avec le PB ≥ 115 mm sans la présence d'œdèmes bilatéraux (enfants en voie de guérison), tous les trois inscrits au programme PECMAS, un **questionnaire pour les accompagnants des cas MAS couverts** (Cf. Annexe 3.A) a été utilisé. Ce questionnaire a permis d'évaluer l'accessibilité du programme PECMAS ainsi que la motivation des parents d'utiliser les services concernés aux centres de santé de base.

De l'autre côté, les enfants identifiés comme atteints de la MAS qui ne sont pas inscrits au programme PECMAS, un **questionnaire pour les accompagnants des cas MAS non-couverts** (Cf. Annexe 3.B) a été utilisé. Ce questionnaire a permis d'évaluer les barrières d'accès au programme PECMAS.

Le schéma ci-dessous représente l'arbre de décision qui a guidé l'utilisation d'un questionnaire approprié.

¹⁰ <https://kobo.humanitarianresponse.info/>



Les enfants identifiés comme atteints de la MAS mais pas inscrits au programme PECMAS ont été référés au centre de santé le plus proche pour la vérification de l'éligibilité et l'inscription potentielle au programme.

Organisation de l'évaluation

L'équipe SLEAC était composée d'un responsable technique de l'évaluation¹¹, d'un adjoint responsable de l'évaluation, 4 superviseurs et 16 enquêteurs. Les enquêteurs étaient divisés en 8 équipes de deux personnes (binômes). Chaque deux équipes étaient supervisées par un superviseur, formant ainsi une unité de travail de 5 personnes. Chaque unité était assignée une liste de 21 villages échantillonnés à enquêter selon les consignes méthodologiques SLEAC. Les villages assignés aux équipes ont été arrangés sur les axes principaux pour faciliter le déplacement entre les villages enquêtés et ainsi la meilleure efficacité de la collecte de données.

Vu l'inaccessibilité de certains villages échantillonnés, des changements mineurs ont été apportés au mouvement des équipes et de leurs responsabilités lors de la collecte de données. Dans le district de Betioky, un fokontany d'Ankilimaroanaka dans la commune de Tanambao Haut a été remplacé par Sevalava dans la commune de Vatolatsaka et Mahatora dans la commune de Montifeno a été remplacé par Ambahivahy dans la commune de Vatolatsaka. Les deux villages remplaçants se sont avérés d'être un seul village Sevalava-Ambahivahy. Ensuite, un fokontany d'Anaralava dans la commune de Tongobory a été remplacé par Ambatofotsy Est dans la commune de Sakamasay.

Dans le district d'Ampanihy, un fokontany d'Ankisaikisake dans la commune d'Amborompotsy n'a pas pu être visité dû aux funérailles auxquels toute la communauté ainsi que des communautés avoisinantes ont assisté. Ce fokontany a été remplacé par Sihanamitohy dans la commune d'Ampanihy Andrefana.

La collecte de données s'est déroulée entre le 24 Novembre et le 2 Décembre 2017, soit 8 jours au total.

¹¹ Global Coverage Advisor.

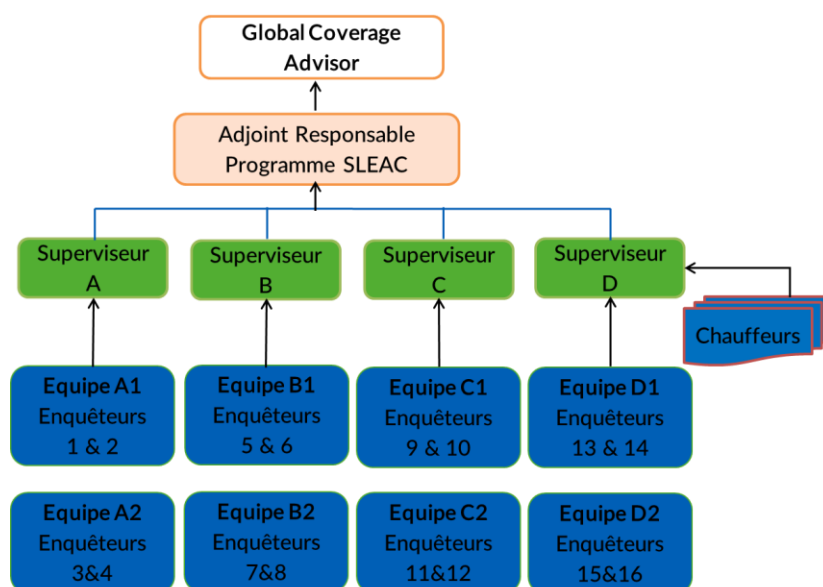


FIGURE 3. Organigramme de l'équipe de terrain lors de la recherche active et adaptative des cas dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Afin d'assurer la haute qualité de travail selon les exigences méthodologiques SLEAC, un manuel de terrain a été préparé et distribué aux équipes de terrain. D'ailleurs, les superviseurs ont eu la responsabilité de prendre contact avec le responsable technique de l'évaluation au moindre doute et/ou à la fin de chaque journée de collecte de données. Les données collectées à travers les appareils portables ont été synchronisées sur le serveur KoboToolBox à la fin de la collecte de données. La synchronisation pendant la collecte de données n'a pas été possible due à la faible connectivité dans les districts enquêtés.

Formation des équipes de terrain¹²

Tous les enquêteurs et superviseurs ont suivi une formation de deux jours, comprenant des séances théoriques sur les objectifs de l'évaluation SLEAC, la méthodologie et les outils de collecte des données ainsi que des séances pratiques sur la prise de mesures anthropométriques par le périmètre brachial et les œdèmes. La formation a aussi intégré un module sur les concepts clés de la nutrition, la malnutrition et le programme PECMAS au Madagascar.

Les superviseurs ont assisté à une formation d'un jour supplémentaire afin d'assurer qu'ils comprennent bien les exigences méthodologiques de la collecte de données ainsi que leurs rôles sur le terrain.

La formation a été assurée par le Global Coverage Advisor, d'Action Contre la Faim à Londres qui retient une expertise technique sur les méthodologies de la couverture SQUEAC/SLEAC. Elle a eu lieu à Tuléar avant le déploiement des équipes de terrain pour la collecte de données.

Limites de l'évaluation

- **Connectivité :** la communication avec les équipes de terrain a été difficile dû à la faible couverture des réseaux téléphoniques sur le territoire de deux districts. Ceci a compliqué

¹² Superviseurs et enquêteurs.

la coordination de l'équipe, la vitesse des décisions ainsi que la synchronisation de données sur le serveur KoboToolBox.

Considérations éthiques

L'évaluation a été réalisée en respectant les principes éthiques suivants :

- Respect de l'anonymat et de la confidentialité ;
- Principe de non jugement ;
- Libre expression des personnes ;
- Fidélité des témoignages et opinions exprimés.

Les accompagnants des enfants atteints de la malnutrition aigüe sévère qui ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation ont été informés des objectifs et de la confidentialité des informations partagées.

Les enfants de moins de 5 ans éligibles à une prise en charge de la malnutrition aigüe ont été systématiquement orientés et référés vers les centres de prise en charge les plus proches en cas de dépistage positif à la malnutrition aigüe modérée ou sévère.

Les familles et/ou membres des communautés ont été orientés vers les professionnels compétents en cas de sollicitation d'information et de sensibilisation sur la malnutrition aigüe.

D'ailleurs, les autorités de chaque district ont été contactées et dûment informées de la réalisation de l'évaluation dans leur zone. Les équipes de terrain ont eu aussi la responsabilité d'informer les responsables de chaque localité avant leur arrivée et solliciter leur appui, selon besoin.

IV. RÉSULTATS

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

L'équipe SLEAC a dépisté 3326 enfants dans le district d'Ampanihy et 2622 enfants dans le district de Betioky. L'équipe avait tendance à procéder à un dépistage assez exhaustif dans les villages échantillonnés, ce qui a abouti au dépistage de 67.30% d'enfants de 6 à 59 mois estimés dans les villages échantillonnés dans le district d'Ampanihy et 48.55% d'enfants dans le district de Betioky¹³.

Parmi eux, l'équipe SLEAC a identifié 3002 enfants dans le district d'Ampanihy et 2319 dans le district de Betioky avec un périmètre brachial égal ou supérieur à 125 mm, confirmant leur état nutritionnel satisfaisant par ce critère d'admission au PECMAS.

Ensuite, l'équipe a identifié 265 enfants dans le district d'Ampanihy et 240 dans le district de Betioky avec un périmètre brachial entre 115 et 124 mm, sans œdèmes bilatéraux, c'est-à-dire des enfants atteints de malnutrition aigüe modérée. Parmi eux, 152 enfants à Ampanihy et 173 enfants à Betioky n'ont pas été inscrits au PECMAM, ce qui représente 57.36% et 72.08% d'enfants éligibles à Ampanihy et Betioky, respectivement. Tous ces enfants ont été référés à l'unité de prestation de service la plus proche pour la vérification des critères d'éligibilité et l'inscription potentielle au programme.

¹³ Ceci se traduit en dépistage de 6% de TOUS les enfants 6 – 59 mois dans le district d'Ampanihy et 6.34% dans le district de Betioky.

En ce qui concerne les enfants avec le périmètre brachial inférieur à 115 mm et/ou avec les œdèmes bilatéraux, c'est-à-dire les enfants atteints de malnutrition aigüe sévère, l'équipe a identifié 59 cas à Ampanihy et 63 cas à Betioky. Parmi les 10 enfants atteints d'œdèmes bilatéraux (kwashiorkor), un enfant était atteint d'œdèmes bilatéraux ET d'un périmètre brachial inférieur à 115 mm (marasme-kwashiorkor).

Le résumé de la classification des mesures effectués lors de la recherche active et adaptative des cas figure dans le tableau 4 ci-dessous.

Catégorie	Ampanihy	Betioky	TOTAL
Population d'enfants 6-59 mois (est.)	4942	5401	10343
Enfants dépistés	3326 67.30%	2622 48.55%	5948 57.51%
Enfants ≥125 mm	3002 90.26%	2319 88.44%	5321 89.46%
Enfants 115-124 mm	265 7.97%	240 9.15%	505 8.49%
Enfants < 115 mm	54 1.62%	59 2.25%	113 1.90%
Enfants Œdèmes	5 0.15%	5 0.19%	10 0.17%

TABEAU 4. Résumé de la classification des mesures effectués lors de la recherche active et adaptative des cas (RAAC) dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Taille d'échantillon réel

La taille d'échantillon réel représente tous les cas de la malnutrition aigüe sévère identifiés lors de la collecte de données, y compris les cas en voie de guérison inscrits au PECMAS, même si leur périmètre brachial est égal ou supérieur à 115 mm. Dans le district d'Ampanihy, la taille d'échantillon réel a été de 145 cas (59 cas MAS + 86 cas en voie de guérison), ce qui représente 439% d'échantillon cible (33) qui a été établi avant le lancement de l'évaluation (Cf. Échantillonnage). Dans le district de Betioky, la taille d'échantillon réel a été de 91 cas (63 cas MAS¹⁴ + 28 cas en voie de guérison), ce qui représente 276% d'échantillon cible (33) qui a été établi avant le lancement de l'évaluation. Vu le dépassement important de la taille d'échantillon cible il est possible d'inférer que la prévalence de la malnutrition aigüe sévère a été sous-estimée pour les deux districts pour la période de la collecte de données et/ou la prévalence a augmentée d'une manière irrégulière depuis Avril 2017 suite aux chocs avec un impact sur la sécurité nutritionnelle de ménages.

Catégorie	Ampanihy	Betioky
Population estimée MAS	416	310
Taille d'échantillon cible	33	33
Villages à visiter	44	40
Villages visités	44	39
Cas MAS (< 115 mm et/ou œdèmes) ¹⁵	59	63
Cas EVG ¹⁶	86	28
Taille d'échantillon réel	145	91

¹⁴ Dont 1 cas marasme-kwashiorkor.

¹⁵ Cas MAS couverts (Cⁱⁿ) + Cas MAS non-couverts (C^{out})

¹⁶ Cas En Voie de Guérison (Rⁱⁿ)

% d'échantillon cible	439%	276%
-----------------------	------	------

TABLEAU 5. Comparaison des tailles d'échantillon cible et réel dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Sexe

Parmi les enfants classifiés comme les cas MAS couverts (C^{in}), cas MAS non-couverts (C^{out}) ou les cas en voie de guérison couvert par le programme PECMAS (R^{in}), la différence entre les filles et les garçons n'est pas significative. Elle oscille entre 51% et 53% pour les filles couvertes et non-couvertes dans le district de Betioky et les filles non-couvertes à Ampanihy mais elle descend à 45% pour les filles couvertes dans le même district. Ceci s'aligne avec le sex-ratio des enfants âgés 6 – 59 mois atteints de la malnutrition aigüe sévère identifiés par le périmètre brachial lors de la dernière enquête SMART.

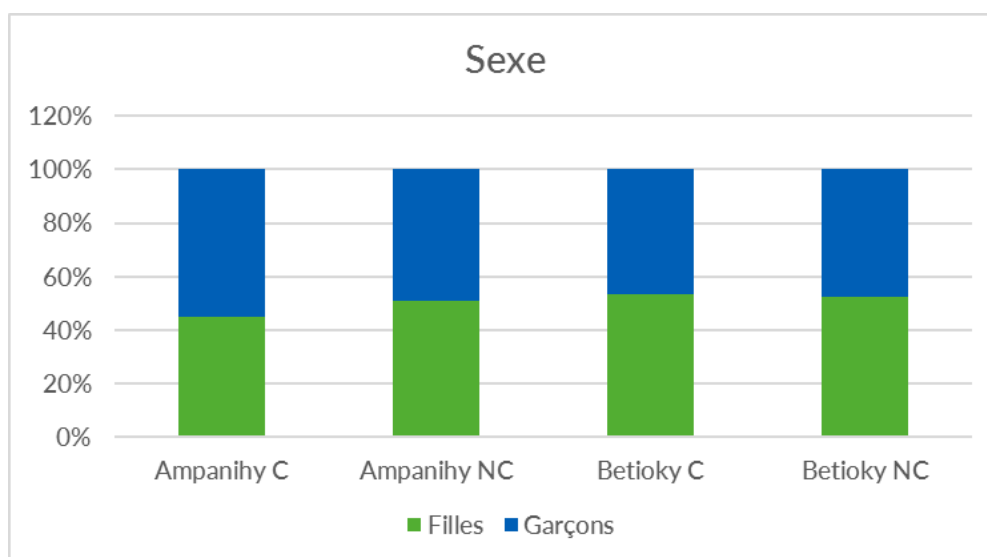


FIGURE 4. Répartition des cas couverts et non-couverts par sexe dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Age

La comparaison des cas couverts et non-couverts par tranche d'âge indique que les enfants de 6 à 23 mois sont plus vulnérables à la malnutrition que les enfants de 24 à 59 mois – ce qui est une découverte fréquente dans les contextes divers. Parmi les cas couverts, ils représentent 60% d'enfants inscrits au PECMAS dans le district d'Ampanihy et 58% dans le district de Betioky. La proportion augmente considérablement parmi les enfants non-couverts dans les deux districts, à 77% dans le district d'Ampanihy et à 86% dans le district de Betioky.

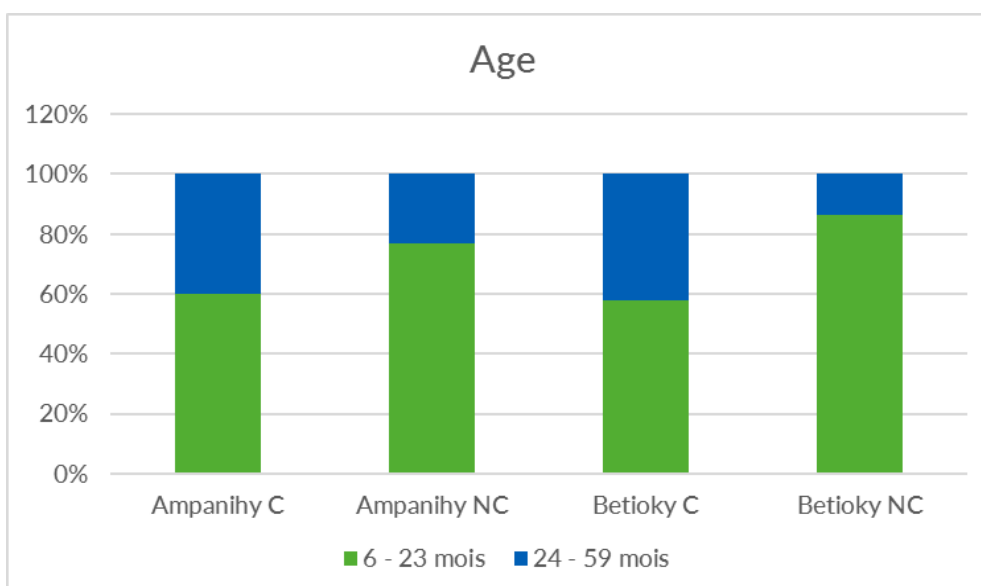


FIGURE 5. Répartition des cas couverts et non-couverts par tranches d'âge dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Distance du centre de santé de base (CSB)

Afin de mieux comprendre la perception de la distance entre le village échantillonné et le CSB, les accompagnants des enfants couverts et non-couverts par le programme PECMAS ont été demandés d'identifier le CSB le plus proche et la distance par rapport au village en trois catégories : proche (<5 km), loin (5-10 km) et très loin (>10 km). Parmi les cas couverts par le programme PECMAS, la plus grande différence se présente au niveau de la perception de la distance « très loin » qui est au-dessous de 10% à Betioky mais atteint 25% à Ampanihy. Cette différence s'approfondie pour les cas non-couverts où elle représente 20% à Betioky mais 58% à Ampanihy. Ceci suggère que la distance est une des barrières importantes dans le district d'Ampanihy (Cf. Barrières d'accès au programme PECMAS).

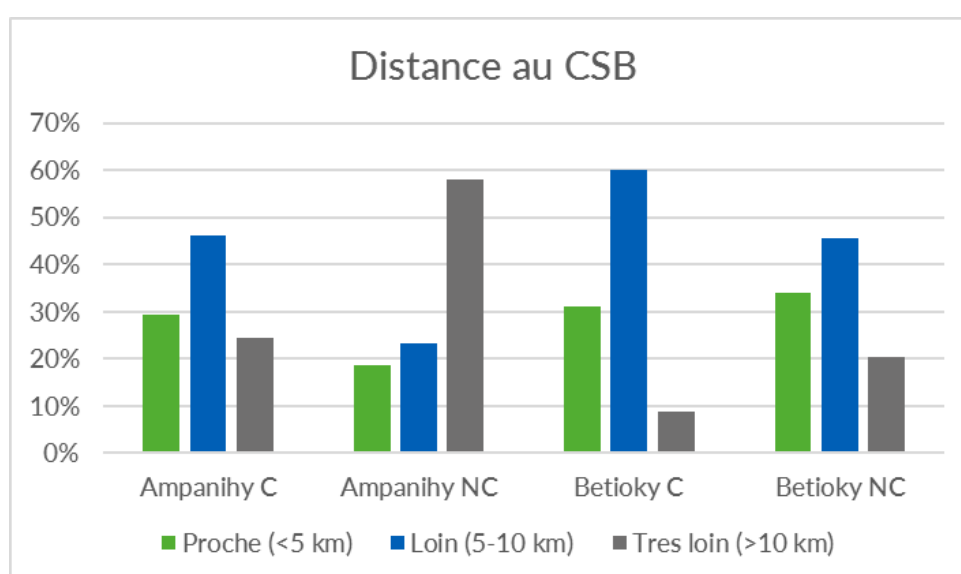


FIGURE 6. Perception de la distance entre le village échantillonné et le centre de santé de base le plus proche pour les accompagnants des cas couverts et non-couverts dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Périmètre brachial

La répartition des valeurs du périmètre brachial des cas couverts et non-couverts indique une faible proportion des cas avec le périmètre brachial inférieur à 100 mm. La majorité des cas non-couverts avait un périmètre brachial entre 100 et 110 mm alors que la majorité des cas couverts avait un périmètre brachial entre 110 et 125 mm. Ceci témoigne d'un dépistage précoce des enfants éligibles ainsi que du bon fonctionnement du programme PECMAS en terme des sorties opportunes. Pourtant, l'équipe SLEAC a identifié un nombre d'enfants dans le district d'Ampanihy avec un périmètre brachial supérieur à 130 mm qui étaient toujours inscrits dans le programme PECMAS. Il y a plusieurs raisons possibles pour cela : a) les enfants n'ont pas encore atteint 15% de leur poids pour être déchargés du programme¹⁷ ; b) ils ont été admis sur le critère poids-pour-taille et n'ont pas encore atteints le critère de sortie basé sur le poids-pour-taille, ou c) il s'agit des erreurs programmatiques de non-respect des critères de sortie. Ces hypothèses restent à vérifier sur le terrain.

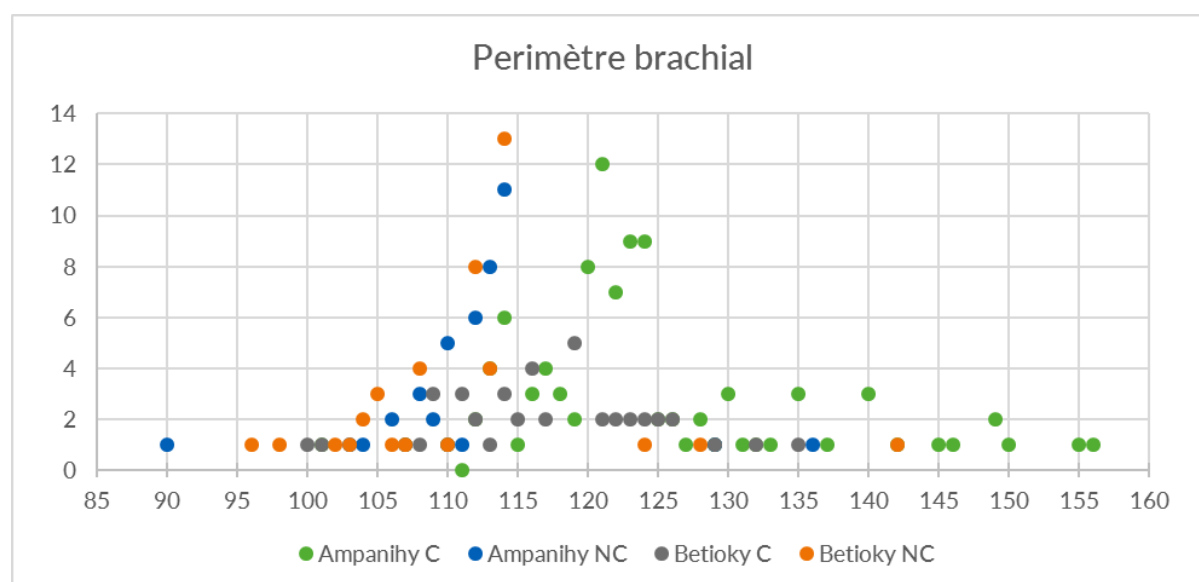


FIGURE 7. Répartition des valeurs du périmètre brachial des cas couverts et non-couverts¹⁸ dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

CLASSIFICATION DE LA COUVERTURE DU PROGRAMME PECMAS

Dans le district d'Ampanihy, l'équipe SLEAC a identifié 16 cas MAS couverts (C^{in}), 43 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 86 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 145 cas qui représente une taille d'échantillon réel. Un nombre des cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}), qui est nécessaire pour la classification de la couverture, a été calculé en utilisant une formule ci-dessous.

$$R_{out} \approx \left[\frac{1}{k} \times \left(R_{in} \times \frac{C_{in} + C_{out} + 1}{C_{in} + 1} - R_{in} \right) \right]$$

¹⁷ Applicable pour les admissions par PB aussi que par P/T.

¹⁸ Les valeurs inférieures à 115 mm représentent les cas MAS, les valeurs égales ou supérieures à 115 mm représentent les cas en voie de guérison et/ou les cas MAS avec les œdèmes.

Dans le district de Betioky, l'équipe SLEAC a identifié 19 cas MAS couverts (C^{in}), 44 cas MAS non-couverts (C^{out}) et 28 cas en voie de guérison couverts par le programme PECMAS (R^{in}), soit un total de 91 cas qui représente une taille d'échantillon réel. Un nombre des cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}), qui est nécessaire pour la classification de la couverture, a été calculé en utilisant la même formule figurée ci-dessus.

Catégorie	Ampanihy	Betioky
Cas MAS couverts (C^{in})	16	19
Cas MAS non-couverts (C^{out})	43	44
Cas En Voie de guérison (R^{in})	86	28
Taille d'échantillon réel	145	91
Cas En Voie de guérison (R^{out})	72	20
TOUS	217	111

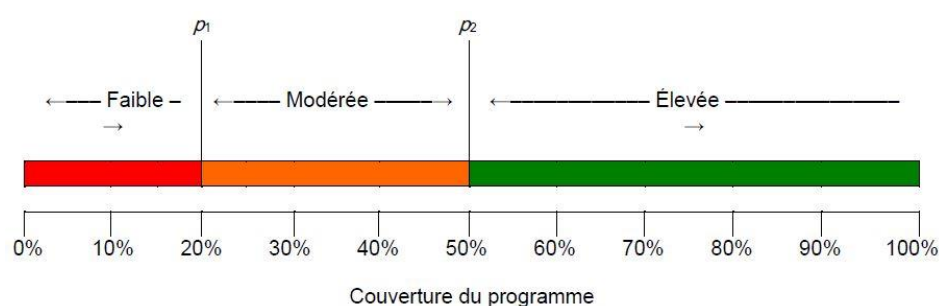
TABLEAU 6. Répartition des cas couverts et non-couverts par le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Les seuils de classification de la couverture ont été établis lors de la réunion du Comité de Pilotage à Antananarivo avant le lancement de l'évaluation de manière suivante :

Couverture **faible** : inférieure à 20 % (p^1),

Couverture **modérée** : entre 20 % et 50 % ;

Couverture **élevée** : supérieure à 50 % (p^2) (en ligne avec les standards SPHERE¹⁹).



Un nombre des cas (d^1 et d^2) définissant chaque seuil a été calculé à l'aide des formules appropriées figurant la Reference Technique SLEAC²⁰ et présentées ci-dessous.

$$d_1 = \left\lceil n \times \frac{p_1}{100} \right\rceil \qquad d_2 = \left\lceil n \times \frac{p_2}{100} \right\rceil$$

La valeur « n » représente tous les cas couverts et non-couverts identifiés lors de la collecte de données, y compris les cas en voie de guérison non-couverts par le programme PECMAS (R^{out}). Il s'agit de 217 cas dans le district d'Ampanihy et 111 cas dans le district de Betioky²¹.

Les tableaux 7 et 8 ci-dessous démontrent des calculs pour les seuils de classification de la couverture, d^1 et d^2 . Etant donné qu'un nombre des cas couverts ($C^{in}+R^{in}$) tombe entre les deux

¹⁹ Sphere Project, Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, 2011, 2011, disponible sur: <http://www.refworld.org/docid/4ed8ae592.html> [accédé 5 Janvier 2018].

²⁰ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

²¹ Cf. Valeur "Tous" dans le tableau 6.

valeurs, la couverture dans les deux districts peut être classifiée comme modérée, c'est-à-dire entre 20% et 50%.

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
217	43	108	102	MODÉRÉE

TABLEAU 7. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAS dans le districts d'Ampanihy, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

n	d1	d2	Cin+Rin	Classification de la couverture
111	22	55	47	MODÉRÉE

TABLEAU 8. Eléments de calcul permettant la classification de la couverture du programme PECMAS dans le district de Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

ESTIMATION DE LA COUVERTURE UNIQUE DU PROGRAMME PECMAS

Selon la méthodologie SLEAC, l'estimation de la couverture unique du programme PECMAS est possible sous deux conditions. Premièrement, la taille d'échantillon réel doit atteindre au minimum 96% de la taille d'échantillon cible. Deuxièmement, la couverture dans la zone enquêtée doit être homogène, c'est-à-dire globalement similaire sur l'ensemble du territoire.

Etant donné que la taille d'échantillon cible a été largement dépassé dans les deux districts (Cf. Taille d'échantillon réel), la première condition a été remplie pour le district d'Ampanihy ainsi que pour le district de Betioky. Par contre, la deuxième condition n'a pas été remplie que dans le cas du district de Betioky.

L'estimation de la couverture est possible en utilisant la formule suivante figurant dans la Reference Technique SLEAC²² et présentées ci-dessous.

$$Singlecoverage = \frac{C + R_{in}}{C_{in} + R_{in} + C_{out} + R_{out}}$$

Le tableau 9 ci-dessous démontre des calculs des éléments nécessaires, y compris l'estimation de la couverture pour le district de Betioky avec l'intervalle de confiance de 95%. La couverture dans le district est estimée à 42.34% (IC 95% 33.15% - 51.53%).

n	c	c/n	1-c/n	(c/n*1-c/n)/n
111	47	0.42	0.58	0.00219942

²² Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

Estimation de la couverture	Interval	Bas	Haut
42.34%	9.19%	33.15%	51.53%

TABLEAU 9. Eléments de calcul permettant l'estimation de la couverture du programme PECMAS dans le district de Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Dans le district d'Ampanihy, la couverture a un caractère hétérogène, ce qui ne permet pas l'estimation de la couverture dans ce district. Il s'agit de la déviation de la couverture au niveau de la commune d'Itampolo où un nombre des cas couverts et non-couverts diffère substantiellement des autres communes échantillonnées. Vu qu'un nombre des cas MAS trouvés dans la commune représente 35% de tous les cas MAS identifiés lors de l'évaluation SLEAC, il est possible de classer la commune comme une poche de malnutrition. Dans les cas similaires la méthodologie SLEAC permet d'exclure telle commune de la zone enquêtée afin d'estimer la couverture sur le reste du district/région. Par contre, un nombre des cas nécessaires pour l'estimation de la couverture doit atteindre 96 cas ($C^{in} + C^{out} + R^{in}$). Dans le cas du district d'Ampanihy, suite à l'exclusion de la commune d'Itampolo, seulement 63 cas reste dans l'échantillon réel. Pour cela, l'estimation de la couverture dans le dudit district n'est pas possible avec ou sans la commune d'Itampolo.

Etant donné que l'évaluation SLEAC a été développée pour la classification/estimation de la couverture des programmes PECMAS au niveau régionale et/ou nationale, une estimation de la couverture à ce niveau peut être possible si les deux conditions mentionnées ci-dessous soit remplies. Le processus d'estimation comprend un calcul d'un facteur de pondération w qui permet une combinaison des estimations de la couverture pour chaque unité de prestation de service selon leur poids.

Le tableau 10 ci-dessous démontre des calculs des éléments nécessaires, y compris l'estimation de la couverture combinée pour les districts d'Ampanihy et Betioky avec l'intervalle de confiance de 95%. La couverture dans les districts est estimée à 45.01% (IC 95% 39.62% - 50.40%)

	Population data					Survey data			Result
	Population	6-59 months	SAM prevalence	N	w	n	c	Coverage	
Ampanihy	346,425	16%	0.75%	415.7	0.57	217	102	47.00%	26.92%
Betioky	258,356	16%	0.75%	310.0	0.43	111	47	42.34%	18.09%
				725.7	1	328	149		45.01%

TABLEAU 10. Eléments de calcul permettant l'estimation de la couverture combinée du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

L'homogénéité de la couverture a été confirmée à travers un test du chi-carré χ^2 , selon lequel il n'y a pas une différence significative entre les résultats de deux districts. En ligne avec les consignes méthodologiques de l'évaluation SLEAC, détaillées dans la Reference Technique SLEAC²³, une différence entre les unités de prestation de service inférieure à 3.48 confirme

²³ Myatt. M, Guevarra. E, Fieschi. L, Norris. A, Guerrero. S, Schofield. L, Jones. D, Emru. E and Sadler. K, 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC) / Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.

l'homogénéité des résultats. Dans le cas des districts d'Ampanihy et Betioky cette différence est 0.351391.

	n	O	E	(O-E)	(O-E)2	(O-E)2/E
Ampanihy	217	102	98.576220	3.423780	11.722273	0.118915829
Betioky	111	47	50.423780	-3.423780	11.722273	0.232475088
	328	149				0.351391

TABLEAU 11. Eléments de calcul pour le test du chi-carré χ^2 pour l'estimation de la couverture combinée du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

FACTEURS DE BLOCAGE À L'ACCES ET LA COUVERTURE DU PROGRAMME PECMAS

Les accompagnants de tous les enfants MAS non-couverts par le programme PECMAS ont été sollicités pour répondre à quelques questions cascadiées afin d'explorer les barrières d'accès au programme PECMAS. Un total de 43 accompagnants à Ampanihy et 44 à Betioky ont complétés le questionnaire respectif.

Reconnaissance de la maladie

Le questionnaire pour les cas MAS non-couverts commence avec une question qui teste la reconnaissance de la maladie chez un enfant par son accompagnant. Dans le district d'Ampanihy 81% (n=35) des accompagnants ont déclaré qu'ils pensaient que leur enfant était malade. Dans le district de Betioky 93% (n=41) des accompagnants ont confirmé la reconnaissance de la maladie chez leur enfant. Vu un petit pourcentage des parents qu'ils n'ont pas observé la maladie chez leur enfant (19% (n=8) à Ampanihy et 7% (n=3) à Betioky), la reconnaissance de la maladie comme telle ne représente pas une barrière à l'accès au programme PECMAS. Par contre, ils ont perdu cette confiance en définissant la maladie dont souffrait leur enfant, comme expliqué dans la section « Reconnaissance de la malnutrition » ci-dessous.

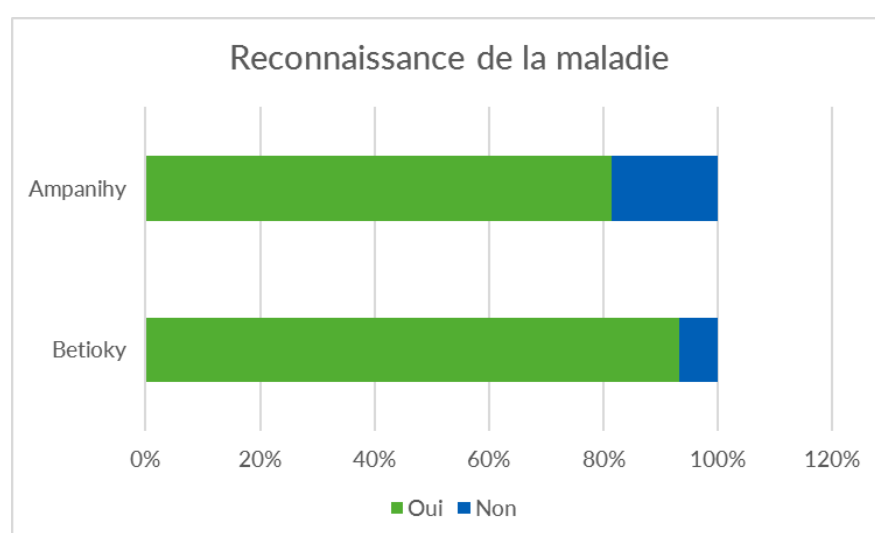


FIGURE 8. Reconnaissance de la maladie dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Reconnaissance de la malnutrition

La reconnaissance de la malnutrition par les accompagnants des cas MAS non-couverts est testée à travers deux questions portant sur les symptômes et les causes de la maladie dont souffrait leur enfant.

Dans le district d'Ampanihy, la majorité des parents (n=23²⁴) ont cité la diarrhée comme un des symptômes de la maladie de leur enfant ; 12 accompagnants ont cité la fièvre, 10 ont mentionné l'amaigrissement et 9 le vomissement. Les 5 accompagnants qui ont signalé une autre raison ont tous spécifié que leur enfant souffrait de la toux.

Dans le district de Betioky, la reconnaissance des symptômes est comparable. La majorité des parents (n=29²¹) ont cité la diarrhée comme un des symptômes de la maladie de leur enfant ; 17 accompagnants ont cité le vomissement, 14 ont signalé une autre raison (toux) et 13 la fièvre.

La reconnaissance des autres symptômes, telles qu'un manque d'appétit (n=4 à Ampanihy, n=7 à Betioky), l'apathie (n=2 à Ampanihy, n=1 à Betioky), une perte de cheveux (n=0 à Ampanihy et à Betioky) ou la lésion cutanée (n=0 à Ampanihy et n=1 à Betioky) est minime ou non-existante.

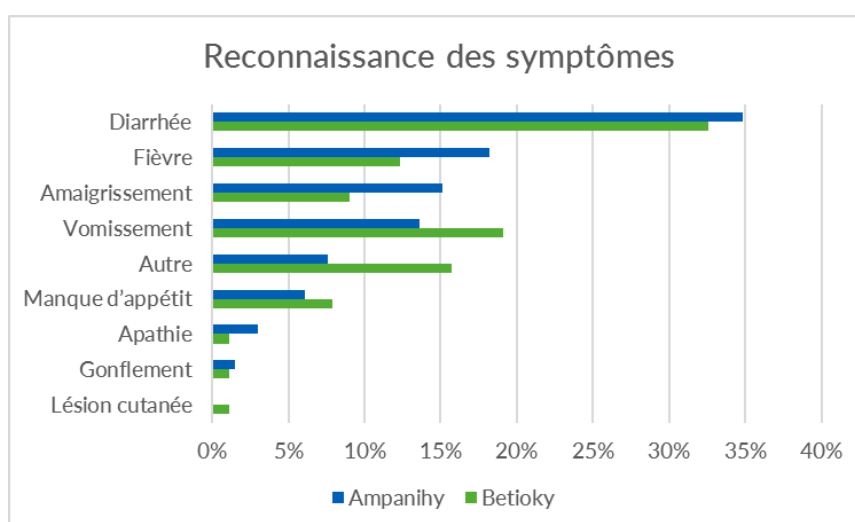


FIGURE 9. Reconnaissance des symptômes de la maladie dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

A la question portant sur la reconnaissance des causes de la maladie dont souffrait leur enfant, 27 accompagnants à Ampanihy et 25 accompagnants à Betioky ont répondu qu'ils ne le savaient pas. Autrement dit, les parents ont démontré une capacité d'observation que leur enfant n'allait pas bien mais ils n'ont pas pu identifier la maladie dont il souffrait. Ceci est problématique particulièrement de point de traitement car la reconnaissance ou la non-reconnaissance de la malnutrition influence le choix du traitement et/ou l'ensemble de l'itinéraire thérapeutique. Il est ainsi important que les accompagnants sachent reconnaître la malnutrition et emmènent leurs enfants pour le traitement approprié au sein des centres de santé de base.

²⁴ Sur un total de 35 à Ampanihy et 41 à Betioky.

Parmi les accompagnant des cas MAS non-couverts à Ampanihy, seulement une personne a cité la malnutrition comme une cause de la maladie de son enfant. Dans le district de Betioky, 3 personnes ont fait la même déclaration. Les accompagnants qui ont cité une autre raison ont fait le lien entre l'état de leur enfant et l'allaitement maternel, soit dû à l'insuffisance du lait ou le sevrage précoce causé par la nouvelle grossesse de la mère. Certains parents ont témoigné que leur enfant ne supportait pas tous les aliments et/ou il était faible depuis sa naissance. Une mère a dit que son enfant avait des vers et qu'à cause de cela il était maigre.

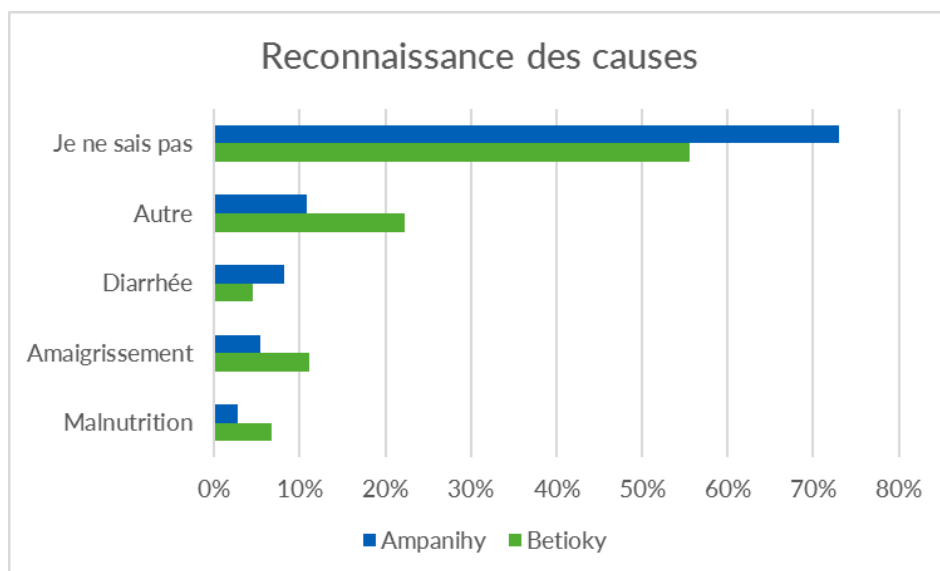


FIGURE 10. Reconnaissance des causes de la maladie dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Itinéraire thérapeutique

Comme il a été mentionné ci-dessus, la reconnaissance de la malnutrition ou quel que soit la maladie a un impact direct sur le choix thérapeutique des parents.

Dans le district d'Ampanihy, le plus grand nombre des accompagnants des cas MAS non-couverts (n=12) ont déclaré qu'ils n'avaient pas ou ils ne vont pas traiter la condition de leur enfant. Ensuite, 9 parents ont dit qu'ils achèteraient des produits médicaux au marché ou ils utiliseraient des herbes ou racines médicinales. Seulement 6 accompagnants des cas MAS non-couverts ont dit qu'ils consulteraient un professionnel au CSB.

Dans le district de Betioky, les choix thérapeutiques sont légèrement différents et suggère l'utilisation de plusieurs moyens en parallèle. Autrement dit, 15 accompagnants des cas MAS non-couverts choisiraient de consulter un professionnel au CSB ainsi que d'utiliser des herbes et racines médicinales. Ensuite, 9 parents ont dit qu'ils achèteraient des produits médicaux au marché pendant que 7 parents ont déclaré qu'ils ne traiteraient pas la condition de leur enfant.

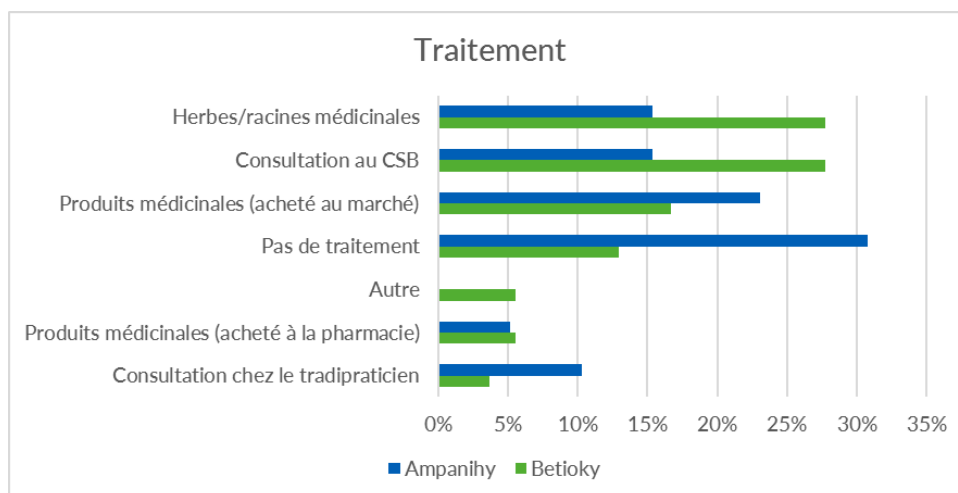


FIGURE 11. Choix thérapeutique des accompagnants des cas MAS non-couverts dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Prise de décision

Lors d'une maladie d'un enfant, la prise de décision sur son traitement n'est pas automatiquement accordée à la mère. Selon le contexte et circonstances, la décision peut être prise par une autre personne et/ou par plusieurs. Dans le district d'Ampanihy, une majorité des accompagnantes des cas MAS non-couverts (n=17) ont eu le pouvoir décisionnaire sur le traitement de leur enfant. Les autres (n=10) ont partagé le pouvoir avec le père de l'enfant. Seulement trois accompagnants ont signalé que la décision sur la question appartient au père et/ou aux grands-parents.

Dans le district de Betioky, les tendances sont pareilles. De tous les accompagnantes des cas MAS non-couverts, 19 ont signalé qu'elles prenaient la décision sur le traitement de leur enfant seules et 8 ensemble avec le père de l'enfant. Les pères ou les grands-parents ne jouissent pas d'un fort pouvoir décisionnaire à cet égard. Pourtant, certaines accompagnantes ont identifié un médecin, un agent communautaire ou un tradipraticien comme un porteur de décision sur le mode de traitement de leur enfant.

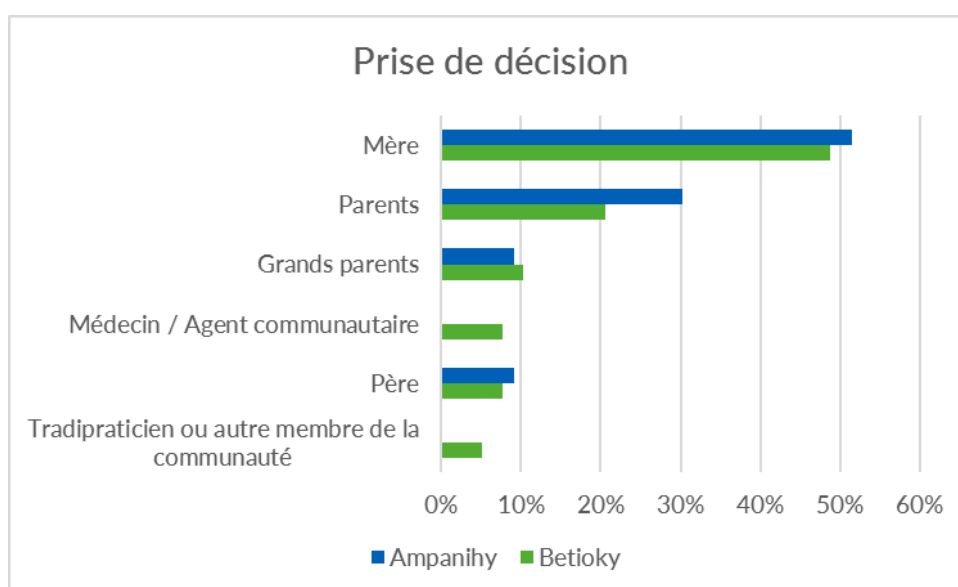


FIGURE 12. Décisionnaires des choix thérapeutiques des cas MAS non-couverts dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Connaissance du programme PECMAS

Si un parent reconnaît la maladie d'un enfant mais ne connaît pas ou n'est pas suffisamment informé sur l'existence et/ou le mode de fonctionnement du programme PECMAS, ceci représente une barrière naturelle à l'accès et la couverture du programme. Dans le district d'Ampanihy, seulement 13 accompagnants des cas MAS non-couverts étaient au courant d'une existence de ce service dans le centre de santé de base à leur proximité. Les autres 22 parents, soit 63%, ne savaient pas qu'un tel service existait. Dans le district de Betioky, la proportion des accompagnants des cas MAS avec ou sans des connaissances du programme PECMAS a été plus équilibrée. 22 contre 19 parents ont confirmé qu'ils étaient au courant d'un tel service au CSB. Autrement dit, la connaissance du programme PECMAS représente une barrière importante à l'accès et la couverture du programme PECMAS à Ampanihy, pendant qu'elle est un peu moins significative dans le district de Betioky.

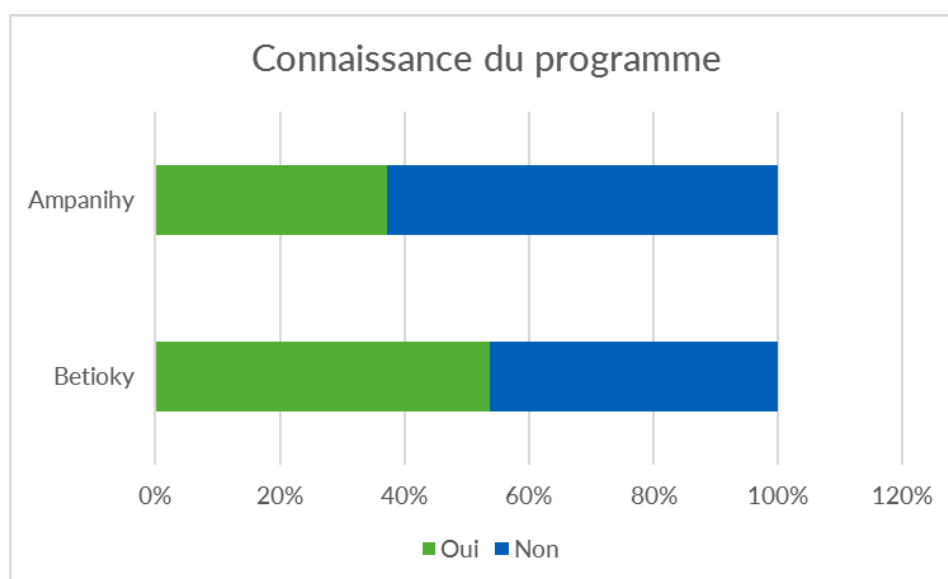


FIGURE 13. Connaissance du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Barrières d'accès au programme PECMAS

Si un parent a été informé sur l'existence du programme PECMAS, les enquêteurs ont poursuivi le questionnement sur les barrières d'accès au traitement. Dans le district d'Ampanihy, six d'un total de 14 accompagnants des cas MAS non-couverts ont dit que le CSB est trop loin. Ainsi, la distance entre le village et le CSB le plus proche peut être considérée comme un facteur de blocage au traitement. Les autres 3 accompagnants des cas MAS non-couverts ont déclaré qu'ils étaient trop occupés pour rendre visite au CSB, c'est-à-dire ils devraient prioriser les activités génératrices de revenu pour assurer la survie de leur famille. Les autres raisons constituent un précédent rejet de l'enfant, un manque d'accompagnant ou une préférence au traitement traditionnel.

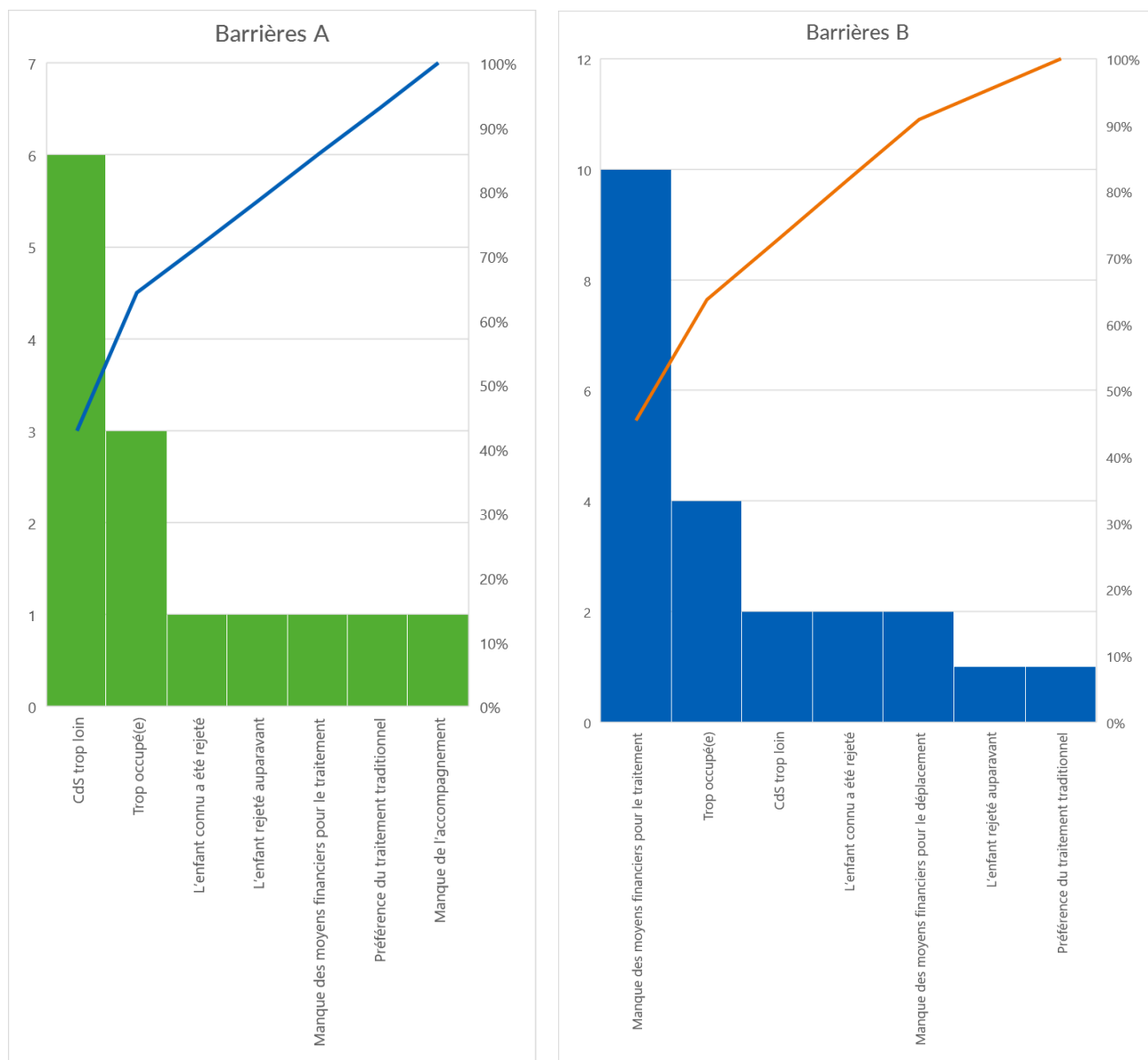


FIGURE 14. Barrières d'accès au traitement dans le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Dans le district de Betioky, dix d'un total de 22 accompagnants des cas MAS non-couverts ont dit qu'ils ne pouvaient pas bénéficier du traitement faute de manque des moyens financiers pour le traitement. En effet, ils ont avoué aux enquêteurs que malgré le fait que la « distribution » d'ATPE soit gratuite, le personnel CSB demande le paiement pour le traitement systématique et ils ne sont pas en mesure de couvrir ces dépenses²⁵. Ainsi, leurs enfants restent en village sans traitement et/ou d'autres traitements, moins coûteux, sont préférés. D'ailleurs, similairement au district d'Ampanihy, 4 accompagnants des cas MAS non-couverts ont dit qu'ils sont trop occupés par les activités génératrices de revenu et ainsi ils ne peuvent pas se libérer facilement pour aller au CSB. Les autres raisons constituent une distance considérable entre le

²⁵ Une vérification a été effectuée sur le terrain à posteriori par l'UNICEF et il a été démontré que les médicaments payants n'étaient pas ceux du traitement systématique mais pour traiter d'autres pathologies. Les accompagnants ne différencient pas les médicaments du traitement systématique des autres médicaments. Une communication à ce sujet est donc nécessaire afin d'améliorer la distinction des accompagnants à ce sujet.

village et le CSB, un manque de moyens financiers pour le déplacement et le précédent rejet d'un enfant.

Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La Figure 15 ci-dessous résume les facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, soulignant les différences subtiles entre les deux districts. Pendant que la non-reconnaissance de la malnutrition et du programme PECMAS sont des facteurs importants limitant l'accès au programme PECMAS dans les deux districts, la distance entre le centre de santé de base et le village s'avère plutôt problématique à Ampanihy, ne pesant pas trop sur les habitants de Betioky. Similairement, un manque des moyens financiers pour le traitement est la troisième barrière la plus importante à Betioky pendant qu'elle n'est pas aussi significative à Ampanihy.

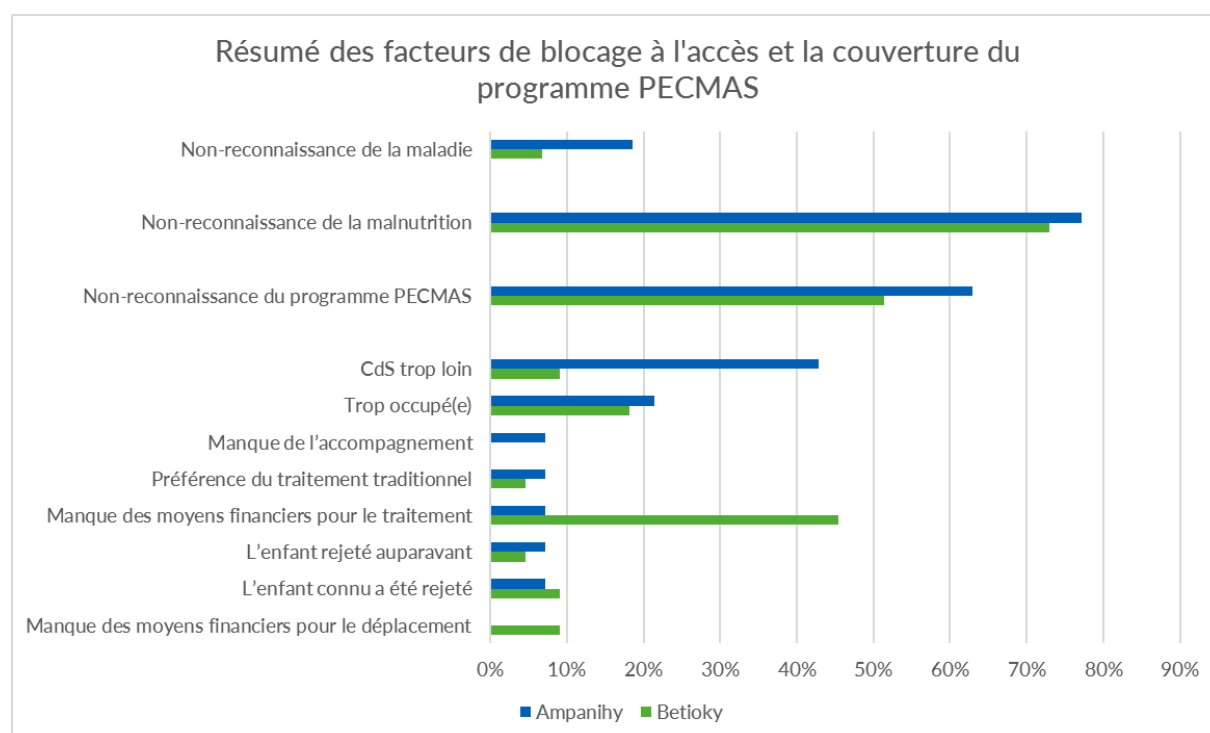


FIGURE 15. Résumé des facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

FACTEURS FACILITANT L'ACCES ET LA COUVERTURE DU PROGRAMME PECMAS

Les accompagnants de tous les enfants MAS couverts par le programme PECMAS, y compris les cas en voie de guérison, ont été sollicités pour répondre à quelques questions afin d'explorer leur motivation d'inscrire leurs enfants au programme PECMAS. Un total de 102 accompagnants à Ampanihy et 45²⁶ à Betioky a complété le questionnaire respectif.

²⁶ Deux questionnaires n'ont pas été proprement administrés et pour cela ils ne peuvent pas être inclut dans l'échantillon étudié.

Nombre d'admissions au programme PECMAS

Dans le district d'Ampanihy, 92% (n=94) des cas couverts par le programme PECMAS ont été inscrits pour la première fois. Parmi les enfants qui ont été admis au programme plus qu'une fois, 7 enfants ont été admis deux fois et 1 enfant a été admis trois fois. Parmi les enfants qui ont été admis deux fois, deux enfants ont abandonné le traitement pour des raisons familiales et y sont retournés plus tard et cinq enfants ont rechuté. Le même est applicable pour l'enfant qui a été admis trois fois.

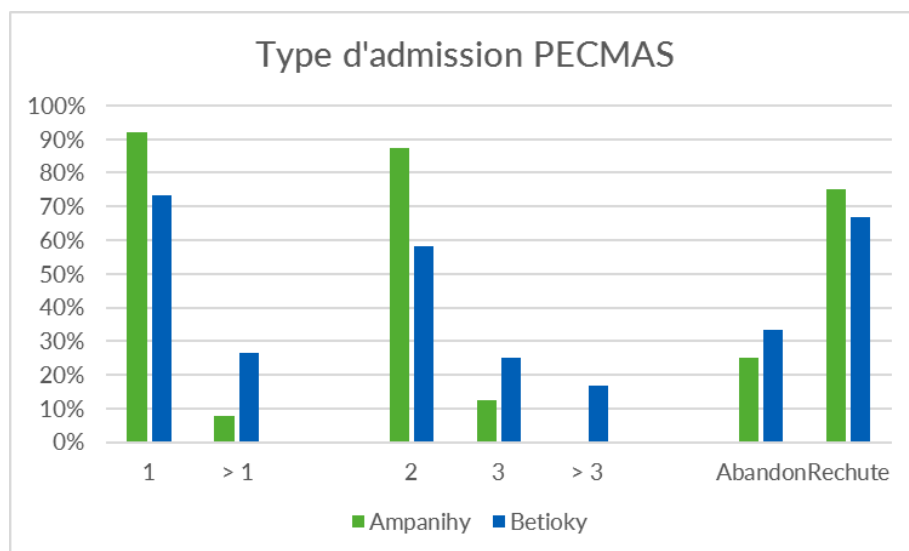


FIGURE 16. Nombre d'admission au programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

Dans le district de Betioky, 73% (n=33) des cas couverts par le programme PECMAS ont été inscrits pour la première fois. Parmi les enfants qui ont été admis au programme plus qu'une fois, 7 enfants ont été admis deux fois et 3 enfants ont été admis trois fois et 3 enfants y sont retournés plus de trois fois. Parmi les enfants qui ont été admis deux fois, trois enfants ont abandonné le traitement et plus tard y sont retournés et quatre enfants ont rechuté. Certains parents ont mentionné le vomissement et la diarrhée comme une raison de la rechute et/ou l'abandon. Parmi les enfants qui ont été admis trois fois, un enfant a abandonné le traitement et plus tard y est retourné et deux enfants ont rechuté. Leurs accompagnants ont mentionné la fatigue ou la perte du poids comme une raison de rechute. Parmi les enfants qui ont été admis plus que trois fois, tous ont rechuté. Leurs parents n'étaient pas en mesure de citer les raisons pour lesquelles la situation nutritionnelle de leurs enfants ne se stabilise pas.

Facilitateurs à l'accès au programme PECMAS

Dans le district d'Ampanihy, un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS est la reconnaissance de la maladie chez l'enfant, ce qui a été confirmé par 34% (n=35) des accompagnants des cas MAS couverts. Le soutien et l'encouragement des agents communautaires, veillant au suivi régulier des enfants, a été classifié comme le deuxième facteur motivant le plus important avec 26 accompagnants des cas MAS couverts reconnaissant leur travail. L'accès à l'ATPE a été mentionné par 15 accompagnants des cas MAS couverts.

Dans le district de Betioky, un facteur principal facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS est aussi la reconnaissance de la maladie chez l'enfant, ce qui a été confirmé par 53%

(n=24) des accompagnants des cas MAS couverts. Par contre, le soutien et l'encouragement des agents communautaires, n'a pas été du tout mentionné. Dans ce district c'est plutôt l'accès à l'ATPE qui motive les parents de suivre le traitement au CSB. Selon les témoignages récoltés auprès d'eux, l'ATPE est une nourriture, plutôt qu'un médicament, destiné aux enfants vulnérables. Ce type de perception motive le partage de l'ATPE entre les autres enfants et/ou membres de ménage qui a l'impact sur la durée de guérison des enfants inscrits dans le programme PECMAS.

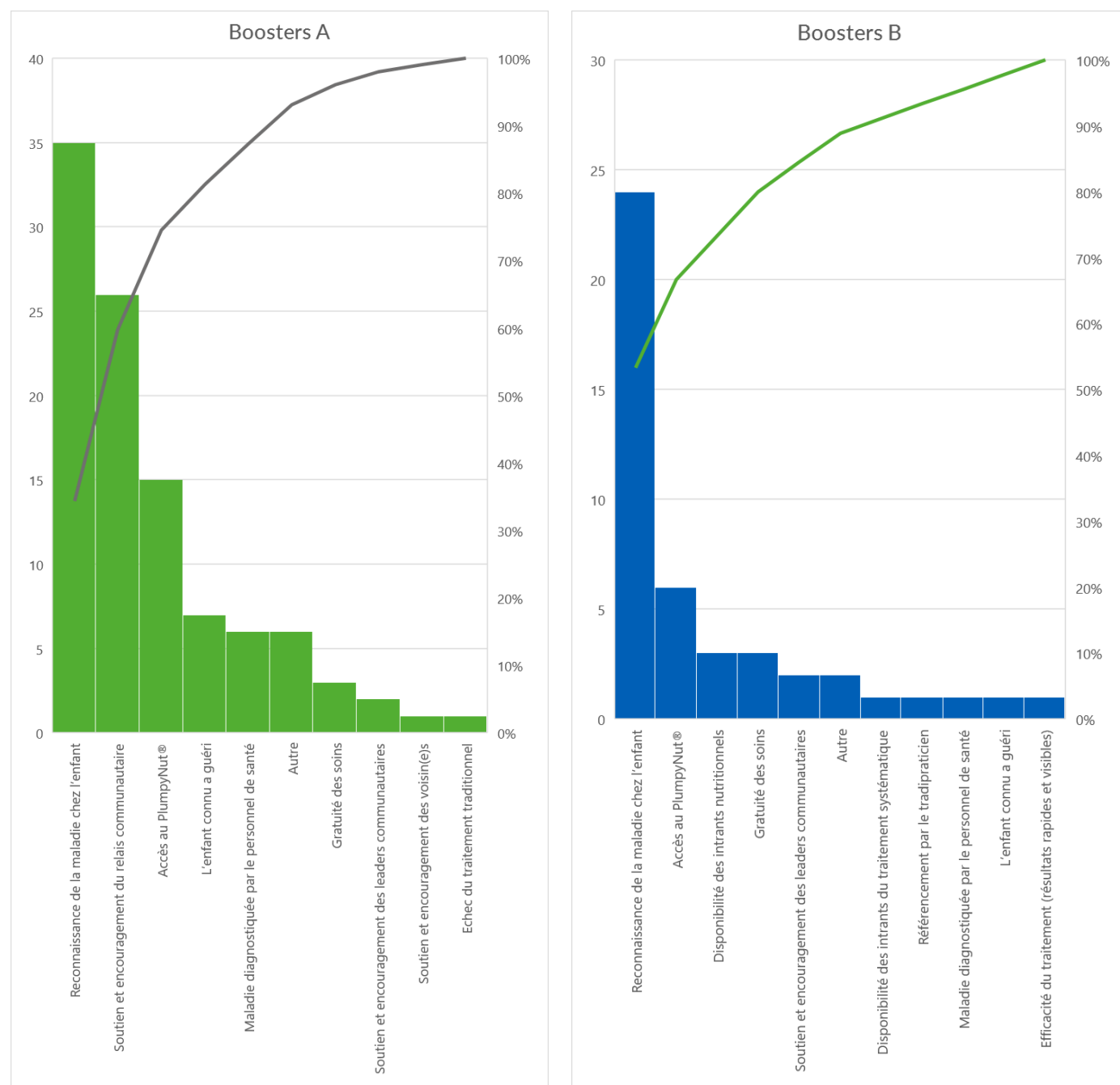


FIGURE 17. Facilitateurs à l'accès au traitement dans le programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky, région Atsimo-Andrefana, Madagascar, Nov. – Déc. 2017.

V. CONCLUSION

La couverture dans les districts d'Ampanihy et Betioky a été classifiée comme modérée, c'est-à-dire entre 20 et 50%. Dans le cas de district de Betioky elle a pu être estimée à 42.34% (IC 95% 33.15% - 51.53%). L'estimation de la couverture dans le district d'Ampanihy n'a pas été possible dû au caractère hétérogène des résultats dans le district, spécifiquement au niveau de la commune d'Itampolo où un nombre des cas couverts et non-couverts différait substantiellement des autres communes échantillonnées. Par contre, cette déviation n'a pas empêché l'estimation de la couverture combinée pour les deux districts. Ainsi, la couverture pour les districts d'Ampanihy et Betioky a été estimée à 45.01% (IC 95% 39.62% - 50.40%), s'approchant du seuil SPHERE de 50% recommandé aux programmes PECMAS dans le milieu rural. Considérant que l'utilisation des centres de santé de base dans les deux districts oscille autour 37%²⁷, la couverture du programme PECMAS dans la zone évaluée peut être considérée satisfaisante.

Facteurs de blocage à l'accès et la couverture du programme PECMAS

La principale barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky est la non-reconnaissance de la malnutrition. Même si les accompagnants des cas MAS non-couverts reconnaissent que leurs enfants sont malades, ils ne sont pas en mesure de déterminer de quelle maladie ils souffrent et ainsi de choisir le traitement approprié. Pendant qu'à Ampanihy, un tiers des accompagnants des cas MAS non-couverts se résignent au non-traitement de la maladie de leurs enfants, 45% des parents à Betioky préfèrent le recours aux herbes médicinales ou produits médicinales achetés au marché. Ces recours au traitement ne peuvent pas être considérés appropriés pour le traitement de la malnutrition.

La deuxième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky est la non-reconnaissance du programme PECMAS. Dans les district d'Ampanihy, 63% des accompagnants des cas MAS non-couverts n'étaient pas au courant d'une existence de tel service dans le centre de santé de base à leur proximité ; dans le district de Betioky c'était 46%. Autrement dit, un accompagnant sur deux ne savait pas que le traitement est disponible au CSB. Par contre, les perceptions du programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS non-couverts qui étaient au courant d'une existence du programme nous démontrent que le programme est vu plutôt comme l'aide alimentaire aux enfants/ménages vulnérables et pas le traitement pour les enfants malnutris. Ce manque de lien entre la maladie et le service disponible pourrait expliquer pourquoi un grand nombre des parents ne recherchent pas des soins appropriés au CSB.

La troisième barrière à l'accès et la couverture du programme PECMAS diffère d'un district à l'autre. Pendant qu'à Ampanihy la distance entre le centre de santé de base et le village s'avère

²⁷ Le taux d'utilisation de la consultation externe a régressé annuellement de 2008 à 2012 (37,6% en 2008, 31,2 % en 2010 à 30,6 % en 2012) et a remonté à 35,7% en 2013. Les principales causes de non consultation par ordre de priorité sont la méconnaissance de la gravité de la maladie (maladie non grave à 54,9 %), les problèmes financiers (22,9 %) et l'éloignement (9%). Même si 60% de la population habitent à moins de 5 km d'un CSB, 20% des zones à Madagascar sont très enclavées et la population ne dispose pas des moyens de transports adéquats. D'ailleurs, 53,52% des formations sanitaires publiques sont accessibles toute l'année. En ce qui concerne l'accessibilité financière, moins de 1% (0,37%) de la population est prise en charge par le FE alors que 54% de la population vit dans l'extrême pauvreté. (Source : Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la Santé Publique, septembre 2015).

très problématique et décourage 43% des accompagnants des cas MAS non-couverts de chercher les soins appropriés au CSB, les parents à Betioky se heurtent contre un manque des moyens financiers pour le traitement qui démotive 45% d'entre eux. Selon leurs témoignages, malgré la gratuité de l'ATPE, le traitement systématique est recouvrable et ainsi hors de leur portée.

Facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS

Les facteurs ayant un impact sur la couverture du programme PECMAS peuvent être à la fois les barrières et les facilitateurs, tout dépendant du contexte et la perception des personnes y résidant. Malgré la faible reconnaissance de la malnutrition par les accompagnants des cas MAS non-couverts, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant a été citée comme le principal facteur motivant l'inscription au programme PECMAS par les accompagnants des cas MAS couverts dans les deux districts. Autrement dit, les parents des enfants atteints de la malnutrition ont remarqué que leur enfant était malade et ont pris la décision de se déplacer au CSB pour chercher des soins. Ceci est très encourageant et confirme l'importance d'un bon diagnostic de la maladie au ménage. Si celui-ci n'est pas rapidement envisageable, le dépistage régulier des agents communautaires peut apporter une solution.

Dans le cas du district d'Ampanihy, le soutien et l'encouragement des agents communautaires a été classifié comme le deuxième facilitateur le plus important. Leur dévouement a été souligné par 25% des accompagnants des cas MAS couverts mais pas du tout mentionné par les parents à Betioky où le deuxième facilitateur le plus important était l'accès à l'ATPE. Selon les témoignages récoltés, les accompagnants des cas MAS couverts considèrent l'ATPE comme une nourriture, plutôt qu'un médicament, ce qui a tendance à motiver le partage de l'ATPE entre les autres enfants et/ou membres de ménage. En d'autres mots, l'ATPE est vu comme une marchandise qui a une valeur alimentaire/financière pour un ménage comme tel, pas seulement pour un cas MAS. Pour cette raison, l'inscription au programme PECMAS peut être ainsi considérée comme financièrement motivée et pas nécessairement refléter un désir authentique des parents de faire soigner leurs enfants. L'accès à l'ATPE a été cité comme le troisième facilitateur le plus important à Ampanihy, confirmant la propagation de cette perception au-delà du district de Betioky.

VI. RECOMMANDATIONS

Suite aux résultats de l'évaluation SLEAC présentés dans le présent rapport, les recommandations suivantes ont été élaborées afin d'adresser les facteurs de blocage principaux identifiés et ainsi améliorer la couverture du programme PECMAS dans la prochaine période de programmation.

- I. **Réaliser des études qualitatives afin de mieux comprendre et analyser les facteurs ayant l'impact sur la couverture du programme PECMAS dans les districts d'Ampanihy et Betioky.**
 - Recueillir des données qualitatives afin de mieux comprendre et analyser les facteurs ayant un impact sur la couverture du programme PECMAS, plus particulièrement les perceptions de la malnutrition, programme PECMAS et son traitement principal (ATPE) ;
 - Organiser la collecte de données qualitatives ad hoc afin d'évaluer l'évolution des perceptions communautaires chaque 6 à 12 mois ;
 - Utiliser les résultats des recherches qualitatives dans la contextualisation des messages clés à diffuser dans les communautés cibles.

- II. S'appuyer sur l'analyse causale de la malnutrition Link NCA afin d'identifier les actions prioritaires de la lutte contre la malnutrition et ainsi réduire la prévalence de la malnutrition dans les districts d'Ampanihy et Betioky.
 - Initier l'analyse de la réponse post-Link NCA afin de formuler les recommandations méthodologiques et opérationnelles claires pour la mise en œuvre des futurs projets multi-sectoriels adressant les facteurs de risque majeurs de la malnutrition dans les districts d'Ampanihy et Betioky, tenant compte des particularités socio-culturelles qui peuvent avoir l'influence sur le fonctionnement du programme PECMAS.
- III. Evaluer les points forts/faibles des stratégies d'engagement communautaire existantes, ainsi que ses opportunités/menaces et rechercher les synergies avec les autres initiatives dans le domaine de santé ou autre afin de permettre la diffusion efficace des messages clés et leur appropriation par les populations cibles.
 - Renforcer les initiatives existantes (par exemple, les réseaux des agents communautaires, recensements nutritionnels, campagnes de vaccination ou activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)) dans le domaine de santé afin de pouvoir s'appuyer sur leur appréciation dans les communautés et permettre le dépistage précoce des cas de malnutrition aigüe ;
 - Renforcer le lien avec les partenaires du programme PECMAM afin de créer des synergies dans les domaines de la sensibilisation et dépistage communautaire ;
 - Identifier et tester des initiatives innovatrices, telles que le dépistage/sensibilisation par les mères des enfants malnutris (PB Ménage), utilisation des appareils portables pour la collecte/rapportage de données ;
 - Mobiliser des ressources pour l'engagement communautaire en introduisant un financement innovant et des mesures de responsabilisation appropriées pour encourager la durabilité.
- IV. Élaborer et plaider pour une stratégie avancée, notamment dans le district d'Ampanihy, afin d'augmenter la couverture du programme PECMAS.
 - Assurer que les grandes distances que les personnes devront parcourir pour atteindre un point de prestation de service soient réduites à un maximum de trois heures de marche (aller-retour pendant une journée) à travers un service des cliniques mobiles (ou autre), notamment dans la période de soudure et/ou la période du pic de malnutrition aigüe dans les localités éloignées. Ce service devrait aussi être considéré dans les localités classifiées comme les poches de malnutrition lors des enquêtes nutritionnelles récentes.
- V. Entreprendre un diagnostic du système de santé pour pouvoir identifier et rectifier les incohérences de la prise en charge de malnutrition aigüe sévère dans les districts d'Ampanihy et Betioky.
 - Organiser un diagnostic du système de santé pour pouvoir identifier les facteurs de blocage à l'accès et la couverture des soins du programme PECMAS au niveau des structures sanitaires, telles que les demandes de paiement pour le traitement systématique, et les rectifier avec l'aide des solutions adaptées au contexte.
- VI. Considérer l'intégration de quelques indicateurs clés de la couverture dans le système national de collecte de données routine de santé afin d'évaluer l'évolution des facteurs de blocage et des facteurs facilitant l'accès et la couverture du programme PECMAS d'une manière régulière.
 - Considérer l'intégration des indicateurs clés de la couverture du programme PECMAS dans la collecte des données nutritionnelles de routine ;
 - Utiliser les méthodes innovantes testées afin de permettre la collecte de données fiables et la chaîne de communication efficace, sans alourdir une charge de travail des personnes concernées.

ANNEXES

1. Chronogramme

[illegible]

MANUEL DE TERRAIN

SLEAC

Évaluation LQAS simplifiée de l'accès et de la couverture

Districts sanitaires d'Ampanihy et Betioky, Madagascar
Novembre 2017

Avec la participation de :



Financé par
l'Union européenne
Aide humanitaire

CHECKLIST TERRAIN

À PRÉPARER LA VEILLE DU DÉPART ET VÉRIFIER AVANT LE DÉPART !!

	Article	Quantité
1	Cahier de notes	2 unités
2	Stylo	2 unités
3	Pochette en plastique	2 unités
4	Tablette ²⁸	1 unité
5	Résumé journalier de dépistage MAS	2 copies
6	Fiche de référencement MAS	3 coupons
7	Manuel de terrain SLEAC	2 copies
8	Ruban PB (NE PAS PLIER !!!)	2 unités
9	Eau/collations	selon besoin
10	Téléphone + crédit téléphonique journalier	1 unité
11	Liste des villages à visiter	1 copie

NB : Si votre équipe part sur le terrain pour plusieurs jours, assurez-vous que vous avez une quantité SUFFISANTE de CHAQUE article pour couvrir la totalité de votre séjour/nombre total des villages à visiter.

CONTACTS CLÉS

Nom	Fonction	Téléphone
Lenka BLANÁROVÁ	Global Coverage Advisor ACF-UK	+261 32 07 606 77
Béatrice FARATIANA	Responsable technique SLEAC	
Jeannine RASOARINORO	Adjoint Responsable Programme SLEAC	+261 34 08 967 51
Yolande RAHARIMANANA	Responsable de Département Nutrition/Santé	+261 32 07 606 17
Hajaniaina ANDRIANIRINA	Superviseur A	+261 33 37 036 88
Léontine RAVAOARIMANANA	Superviseur B	+261 33 20 338 30
Manda Olivia RAZAKALAZA	Superviseur C	+261 33 79 429 85
NAHARIVELONA	Superviseur D	+261 34 17 602 78
Faranjaza Christine	Enquêteur A1	+261 33 13 958 50
FANOMEZANJANAHARY		
Tsiaria Gary TSIMISAMPY	Enquêteur A1	+261 34 19 893 86
Kasolo FLAVIA	Enquêteur A2	+261 34 58 778 92
Tahiriniaina ANDRIANTSOA	Enquêteur A2	+261 32 25 990 08
Mamie Harisoa RAVAONIAINA	Enquêteur B1	+261 33 19 031 65
Augustin JEAN	Enquêteur B1	+261 34 76 906 67
Anne Sophie FANOMEZANTSOA	Enquêteur B2	+261 33 68 201 42
Tiana Seth RANDRIANJAFY	Enquêteur B2	+261 34 51 791 22
Courage LAHINANDRASANA	Enquêteur C1	+261 34 31 923 35
Mahatsanga Hajary FILIGENE	Enquêteur C1	+261 34 58 491 90
Samoela RAZAFIARISOA	Enquêteur C2	+261 33 78 554 88
Solofonirina Odilon ANDRY	Enquêteur C2	+261 34 76 810 20
Christophe NOMENKERY KAZANTY	Enquêteur D1	+261 33 20 247 15
Faratiana ANDRIAMBOLONA	Enquêteur D1	+261 32 85 093 03
Philomène Ginah ZAFINIRINA	Enquêteur D2	+261 34 21 233 96
Didier RAZAFINIAINA	Enquêteur D2	+261 33 04 144 83

²⁸ N'oubliez jamais la charger la veille pour n'empêcher pas son utilisation au cours de la journée.

TERMINOLOGIE CLÉ DE L'ÉVALUATION

Malnutrition

Malnutrition est un terme générique communément considéré comme synonyme de « sous-nutrition » même si, techniquement, il comprend également la surnutrition (c.-à-d. surcharge pondérale et obésité). La malnutrition se manifeste lorsque le régime alimentaire ne fournit pas les nutriments nécessaires à la croissance et à l'entretien de l'organisme, souvent en raison de facteurs économiques, politiques et socioculturels, ou lorsque la nourriture ingérée n'est pas pleinement utilisée en raison d'une maladie.

Malnutrition aiguë

Également connue sous le nom d'émaciation, la malnutrition aiguë se caractérise par une détérioration brutale de l'état nutritionnel (perte de graisse corporelle et de tissu musculaire) sur une courte période. Selon la gravité, on distingue la malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS), où on distingue entre l'émaciation (faible rapport poids-taille) et/ou les œdèmes (c.-à-d. rétention d'eau dans les tissus de l'organisme).

Malnutrition chronique

La malnutrition chronique ou « retard de croissance » est une forme de trouble de la croissance évoluant sur une longue période. Une nutrition inadéquate sur de longues périodes (y compris une mauvaise nutrition maternelle et des pratiques médiocres d'allaitement du nourrisson et du jeune enfant) et/ou des infections répétées peuvent conduire à la malnutrition chronique. Chez les enfants, elle peut être identifiée à l'aide de l'indice nutritionnel taille-âge.

Terme	Définition
Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (PECMAS)	A travers des Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Sévère sans complication (CRENAS) et Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Intensif pour la Malnutrition Aiguë avec complications (CRENI), souvent intégrés dans les centres de santé de base (CSB) ou les hôpitaux.
Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Modérée (PECMAM)	A travers des Centres de Récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Modérée (CRENAM)
Aliment Thérapeutique Prêt à Emploi (ATPE)	Comme le PlumpyNut® par exemple (traitement MAS)
Aliment Supplémentaire Prêt à Emploi (ASPE)	Comme le PlumpySup® par exemple (traitement MAM)
Périmètre Brachial	Circonférence du bras mesurée entre l'épaule et le coude, au milieu du biceps brachial. Il permet de diagnostiquer MAS (< 115mm) et MAM (<125mm).
Œdèmes nutritionnels	Augmentation de volume/gonflement au niveau des pieds (+), jambes (++) ou visage (+++), permettant de diagnostiquer MAS.
En Voie de Guérison	Enfant admis dans le programme PECMAS comme en enfant MAS mais qui a entre-temps partiellement récupéré (i.e. il a le PB MAM)
Abandon	Enfant qui ne s'est pas présenté au programme PECMAS pour au moins 2 semaines consécutives
Sortie guéri	Enfant a atteint les critères de sortie du programme PECMAS (i.e. poids cible et il est considéré en bonne santé nutritionnelle)
Sortie non-guéri / non-répondant	Enfant n'a pas atteint les critères de sortie du programme PECMAS (i.e. poids cible et il n'est pas considéré en bonne santé nutritionnelle)

RECHERCHE ACTIVE ET ADAPTIVE DES CAS (RAAC)

ARRIVÉE AU VILLAGE

- Visitez une maison du chef de village, présentez-vous et expliquez l'objectif de votre passage.
- Demander le chef de village de délimiter son village. Notez bien les limites du village, comme expliqué.
- Demander le chef de village de vous attribuer un accompagnant lors de votre recherche (ex. agent communautaire).
- Demander le chef de village d'identifier les cas MAS en utilisant la définition de cas (ci-dessous). Notez les noms d'enfants.
- Demander le chef de village d'identifier d'autres enfants de 6-59 mois qui sont ou qui ont été récemment malades (fièvre/diarrhée). Ceci permettra d'identifier les enfants potentiellement à risque de la malnutrition.
- Déplacer vers une maison du premier enfant identifié.

Terme (malgache)	Traduction
Mahia	Maigre
Mivonto Betroky, Bonaky	Gonflement
Fivalana	Diarrhée
Tazo, mafana sandry	Fièvre
Mandoa	Vomir
Tsifanjariantsakafo	Mal nutrition
tareninantitse	Marasme
Malay hanina	Manque d'appétit
Tsy afaky	flasque
Tara tomboky, tsy mitombo	Retard de croissance
Latsaky refi-tsandry	Périmètre brachial
Fandraisana an-tanana	Prise en charge
Plempy	PlumpyNut®

DEFINITION DE CAS

Enfants de 6-59 mois qui sont maigres ou qui sont ou qui ont été récemment malades.

Aja 6-59 volana mahia na narary vao tselatsela.

ARRIVÉE AU MÉNAGE

- Présentez-vous au chef de ménage et expliquez l'objectif de votre passage, mettant l'accent sur la bonne croissance des enfants. Demandez son consentement.
- Demander le chef de ménage de vous montrer tous ses enfants de 6-59 mois. Vérifiez leur âge à travers des documents officiels (ex. actes de naissance), si disponibles, ou l'estimez à travers un calendrier des événements.
- Mesurez tous les enfants de 6-59 mois. Notez les valeurs.
- Vérifiez la présence d'œdèmes. Notez les valeurs.
- Expliquez aux parents les résultats pour chaque enfant mesuré, même celui qui est en bonne santé.
- Suivez l'arbre de décision ci-dessous pour décider si l'administration des questionnaires pour les cas MAS couverts ou non-couverts doit être déclenchée.
- Si oui, demandez à l'accompagnant de vous accorder quelques minutes pour l'administration du questionnaire respectif.

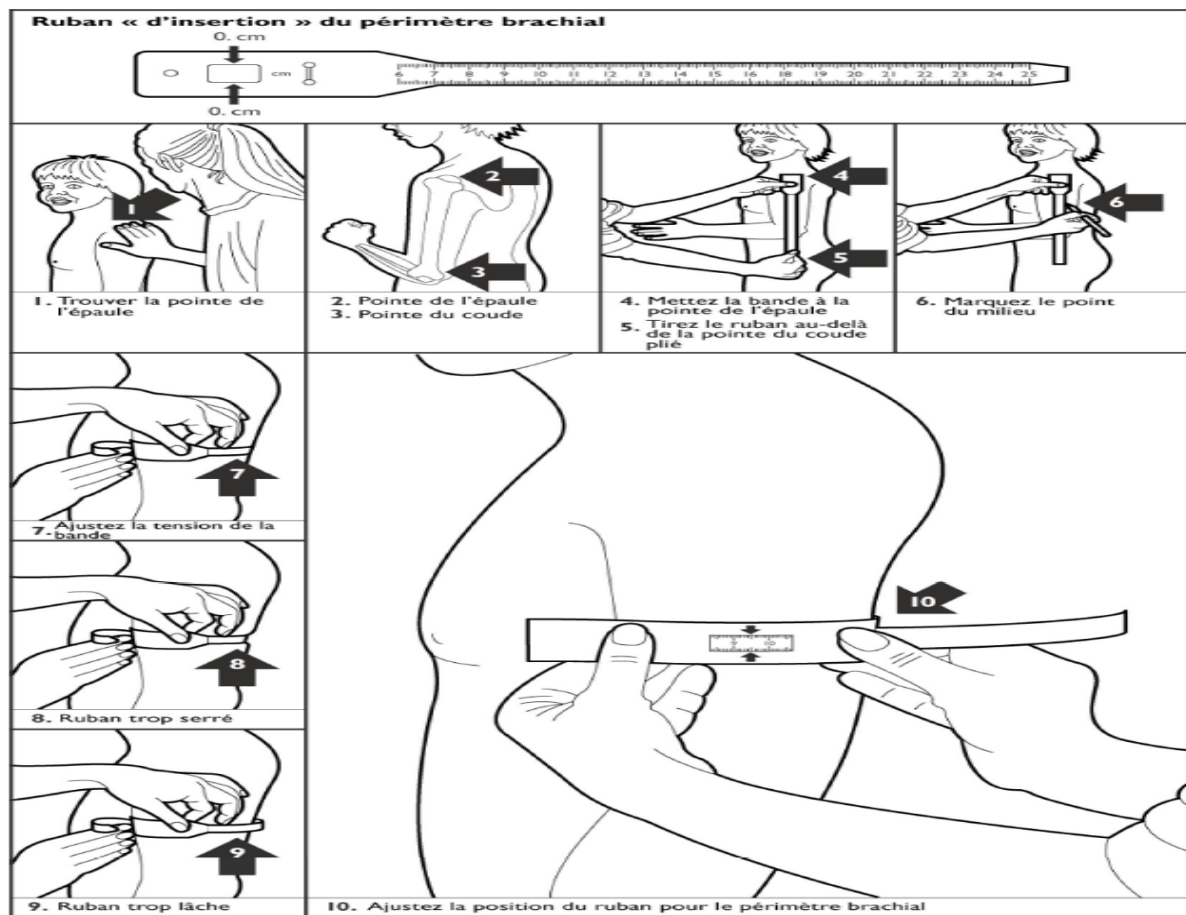
EST-CE QUE L'ENFANT PRESENTE UN ŒDEME BILATERAL OU LE PB < 115 MM ?		
OUI ↙		↘ NON
Cas MAS actuel = MAS - Est-ce que l'enfant est inscrit dans le programme PECMAS? OUI = cas MAS couvert, suivez la procédure OUI ci-dessous. NON = cas MAS non-couvert, suivez la procédure NON ci-dessous. - Demander de voir un de santé/sachet ATPE → si pas disponible, suivez la procédure NON ci-dessous.		PAS un cas MAS actuel = MAM ou MAS en voie de guérison - Est-ce que l'enfant est inscrit dans le programme PECMAS? OUI = enfant en voie de guérison, suivez la procédure OUI ci-dessous. - Est-ce que l'enfant est inscrit dans le programme PECMAM? OUI = enfant MAM couvert, demandez de voir un carnet de santé/sachet ASPE. NON = cas MAM non-couvert, referez l'enfant au CdS le plus proche.
OUI ↙	↘ NON	↘ OUI
Cas COUVERT MAS - Compléter ID Questionnaire - Compléter ID Enfant - Compléter le Questionnaire pour les cas MAS couverts - Remercier l'accompagnant(e) - Demander où vous pourriez trouver un autre enfant selon la définition de cas.	Cas NON-COUVERT MAS - Compléter ID Questionnaire - Compléter ID Enfant - Compléter le Questionnaire pour les cas MAS non-couverts - Remercier l'accompagnant(e) - Remplissez une fiche de référencement - Demander où vous pourriez trouver un autre enfant selon la définition de cas.	Enfant en VOIE de GUERISON - Compléter ID Questionnaire - Compléter ID Enfant - Compléter le Questionnaire pour les cas MAS couverts - Remercier l'accompagnant(e) - Demander où vous pourriez trouver un autre enfant selon la définition de cas.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES À RESPECTER

- Respect de l'anonymat et de la confidentialité ;
 - Principe de non jugement ;
 - Libre expression des personnes ;
 - Fidélité des témoignages et opinions exprimés.
-
- Les enfants de moins de 5 ans éligibles à une prise en charge de la malnutrition aigüe doivent être systématiquement orientés et référés vers les centres de prise en charge les plus proches en cas de dépistage positif à la malnutrition aigüe modérée ou sévère.
 - Les familles et/ou membres des communautés doivent être orientées vers les professionnels compétents en cas de sollicitation d'information et de sensibilisation sur la malnutrition aigüe.

PRISE DE MESURES ANTHROPOMETRIQUES

PÉRIMÈTRE BRACHIAL



Source : How to Weigh and Measure Children : Assessing the Nutritional Status of Young Children, Nations Unies, 1986.

OEDEMES

- Faites le test sur les deux extrémités en même temps.
- Appuyez avec les pouces sur le dessus des pieds ou au niveau du tibia.
- Gardez la pression pendant environ trois secondes en comptant doucement : « mille-et-un, mille-et-deux, mille-et-trois ».
- S'il y a un œdème, une empreinte restera pendant quelques secondes sur les zones appuyées (signe de godet).

CHECKLIST FIN DE LA JOURNÉE

- Assurez que tous les enfants éligibles soient visités et toutes les données soient complètes, lisibles et bien enregistrées avant votre départ du village.
- Réviser toutes les données avec votre superviseur. En cas de doute, appelez Lenka pour vérifier quelle procédure à appliquer.
- Gardez toutes les fiches rangées dans les poches plastiques pour ne pas les perdre/mouiller. Donnez-les à votre superviseur à la fin de la journée.
- Prenez soin de vos tablettes. Soumettez-les pour le téléchargement de données à la demande ou à la fin de chaque journée.

3. Outils de la collecte de données

A. Questionnaire pour les accompagnants des cas MAS couverts

QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS MAS COUVERTS

District sanitaire: _____ Aire de santé: _____
Village: _____ Ethnie: _____
Équipe: _____ Date: _____ le _____ 2017

1. Est-ce que c'est la première fois que votre enfant bénéficie du programme PCIMA?

☐ Oui → Q5 ☐ Non → Q2

2. Combien de fois votre enfant a-t-il bénéficié du traitement?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3

3. Pourquoi est-il retourné au programme?

☐ a. L'enfant a abandonné le traitement et ensuite retourné. a¹. Pourquoi ? _____
☐ b. L'enfant a été guéri et rechuté. b¹. Pourquoi ? _____

4. Avez-vous autres enfants pris en charge dans le programme PCIMA?

☐ Oui a¹. Combien? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ Non

5. Pourquoi avez-vous décidé d'inscrire votre enfant au programme PCIMA?

- | | |
|---|--|
| ☐ a. Reconnaissance de la maladie chez l'enfant | ☐ b. Maladie diagnostiquée par le personnel de santé |
| ☐ c. Echec du traitement traditionnel | ☐ d. Référence par le tradipraticien |
| ☐ e. Courte distance; estimation en km _____
combien min pour parcourir à pied? | ☐ f. Risques sécuritaires minimales ou non-existants |
| ☐ g. Accessibilité (pas des barrières saisonnières) | ☐ h. Disponibilité des moyens de déplacement |
| ☐ i. Disponibilité des moyens financiers pour le déplacement | ☐ j. Disponibilité de l'accompagnement pendant le trajet |
| ☐ k. Soutien et encouragement du mari | ☐ l. Soutien et encouragement d'un autre membre de famille |
| ☐ m. Soutien et encouragement des parents avec enfants MAS | ☐ n. Soutien et encouragement du relais communautaire |
| ☐ o. Soutien et encouragement des voisin(e)s | ☐ p. Soutien et encouragement des leaders communautaires |
| ☐ q. Programme très apprécié par la communauté | ☐ r. Personnel du programme est très chaleureux et patient |
| ☐ s. Disponibilité des intrants nutritionnels | ☐ t. Disponibilité des intrants du traitement systématique |
| ☐ u. Gratuité des soins | ☐ v. Efficacité du traitement (résultats rapides et visibles) |
| ☐ w. L'enfant connu a guéri | ☐ x. Accès au PlumpyNut® |
| ☐ y. Autres, spécifiez _____ | |

Remerciez le parent

Commentaires:

B. Questionnaire pour les accompagnants des cas MAS non-couverts

QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS MAS NON-COUVERTS

District sanitaire: _____ Aire de santé: _____
Village: _____ Ethnie: _____
Équipe: _____ Date: _____ le _____ 2017

1. Est-ce que vous pensez que votre enfant est malade ?

☐ Oui ☐ Non → Q4

1a. De quelle maladie souffre votre enfant ?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ a. Vomissement | ☐ b. Fièvre | ☐ c. Diarrhée |
| ☐ d. Amaigrissement | ☐ e. Manque d'appétit | ☐ f. Apathie |
| ☐ g. Gonflement | ☐ h. Perte de cheveux | ☐ i. Lésion cutanée |
| ☐ j. Autre, spécifiez: _____ | | |

1b. Quelle maladie a causé ces symptômes ?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ a. Je ne sais pas | ☐ b. Malnutrition | ☐ c. Maladie magico-religieuse |
| ☐ d. Amaigrissement | ☐ e. Paludisme | ☐ f. Diarrhée |
| ☐ g. Autre, spécifiez (en langue locale): _____ | | |

1c. Comment avez-vous essayé de traiter cette maladie ou comment allez-vous la traiter ?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ a. Herbes/racines médicinales | ☐ b. Repas enrichis | ☐ c. Jeûne |
| ☐ d. Produits médicinales (acheté au marché) | ☐ e. Produits médicinales (acheté à la pharmacie) | ☐ f. Prière |
| ☐ g. Consultation chez le tradipraticien | ☐ h. Consultation au centre de santé | ☐ i. Pas de traitement |
| ☐ j. Autre, spécifiez: _____ | | |

1d. Qui a pris une décision sur ce moyen de traitement ?

2. Savez-vous qu'il y a un service au CdS où ils traitent la malnutrition ? Que savez-vous de ce service ?

☐ Oui, _____ ☐ Non → Q5

3. Pourquoi n'avez-vous pas amené votre enfant au CdS pour bénéficier du traitement ?

- | | |
|--|--|
| ☐ a. Trop loin; distance à parcourir à pied combien d'heures? _____ | ☐ b. Insécurité |
| ☐ c. Inaccessibilité (inondation saisonnière, etc.) | ☐ d. Manque des moyens de déplacement |
| ☐ e. Manque de l'accompagnement | ☐ f. Manque des moyens financiers pour le déplacement |
| ☐ g. Refus de mari/famille | ☐ h. Manque des moyens financiers pour le traitement |
| ☐ i. Maladie de l'accompagnant(e) | ☐ j. Maladie d'un membre de la famille |
| ☐ k. Trop occupé(e); raison: _____ | ☐ l. Personne pour s'occuper des autres enfants |
| ☐ m. Honte de s'inscrire dans le programme | ☐ n. Faible croyance que le programme peut aider l'enfant |
| ☐ o. Peur de séjour hospitalier (éloignement du foyer, frais) | ☐ p. Préférence du traitement traditionnel |
| ☐ q. L'enfant rejeté auparavant; quand? _____ | ☐ r. L'enfant connu a été rejeté |
| ☐ s. Quantité de PlumpyNut® est trop petite pour justifier le déplacement | |

4. Est-ce que votre enfant a-t-il déjà été inscrit dans le programme de la prise en charge de la malnutrition au CdS ?

☐ Oui

☐ Non → **STOP**

4a. Pourquoi n'est-il toujours dans le programme ?

☐ a. Abandon

☐ a¹. Quand? _____

☐ a². Pourquoi? _____

☐ b. Enfant déchargé guéri

☐ b¹. Quand? _____

☐ c. Enfant déchargé non-guéri

☐ c¹. Quand? _____

☐ c². Pourquoi? _____

☐ d. Autre raison, spécifiez: _____

STOP

Remerciez le parent

Commentaires:

C. Fiche de collecte des données : Recherche active et adaptive des cas MAS

RÉSUMÉ RAAC

District:				Commune:				Fokontany:				Equipe:			
-----------	--	--	--	----------	--	--	--	------------	--	--	--	---------	--	--	--

No.	PB (mm)	Œdèmes	C	No.	PB (mm)	Œdèmes	C	No.	PB (mm)	Œdèmes	C
1				31				61			
2				32				62			
3				33				63			
4				34				64			
5				35				65			
6				36				66			
7				37				67			
8				38				68			
9				39				69			
10				40				70			
11				41				71			
12				42				72			
13				43				73			
14				44				74			
15				45				75			
16				46				76			
17				47				77			
18				48				78			
19				49				79			
20				50				80			
21				51				81			
22				52				82			
23				53				83			
24				54				84			
25				55				85			
26				56				86			
27				57				87			
28				58				88			
29				59				89			
30				60				90			

ENFANTS PB< 115 MM (ROUGE)	ENFANTS PB ENTRE 115 MM ET 124 MM (JAUNE)	ENFANTS MESURÉS ≥ 125 MM (VERT)

ENFANTS OEDEMES		

CAS MAS COUVERTS	EN VOIE DE GUERISON	

CAS MAS NON-COUVERTS	CAS MAM NON-COUVERTS	ENFANTS DÉPISTÉS

4. Fiche de supervision

FICHE DE SUPERVISION

Enquêteur:	Superviseur:	Note finale: /74
------------	--------------	------------------

ARRIVÉE AU VILLAGE

	2	1	0
Présentation de l'objectif de la visite			
Présentation de la définition de cas + mode de travail			
Demande d'un accompagnant, si nécessaire			
Demande de la délimitation du village			
Demande de l'identification du premier enfant			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/10

ARRIVÉE AU MÉNAGE / REMPLISSAGE D'UN FICHE DE POINTAGE

	2	1	0
Présentation de l'objectif de la visite			
Demande de consentement			
Equipe vérifie le nombre d'enfants 6-59 mois dans le ménage			
Equipe vérifie l'âge de tous les enfants 6-59 mois dans le ménage à travers des documents officiels ou le calendrier des événements			
Equipe s'assure que tous les enfants 6-59 mois dans le ménage soient mesurés et note les valeurs respectifs			
Equipe vérifie la présence d'œdèmes bilatéraux de tous les enfants 6-59 mois et note les valeurs respectifs			
Equipe s'assure que tous les enfants 6-59 mois dans le village soient mesurés			
Equipe explique aux parents les résultats pour chaque enfant mesuré			
Equipe suit l'arbre de décision pour décider si l'administration des questionnaires pour les cas MAS couverts ou non-couverts doit être déclenchée			
Equipe demande chaque accompagnant pour des suggestions de cas			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/20

PRISE DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES

	2	1	0
PERIMETRE BRACHIAL			
Equipe utilise le ruban PB pour mesurer le bras d'un enfant			
Equipe utilise les bons repères (épaules/coude)			
Bras de l'enfant est plié pour mesurer son milieu			
Milieu du bras est bien calculé			
Equipe utilise le stylo pour tracer le milieu du bras			
Bras de l'enfant est déplié pour mesurer le PB			
OEDEMES	-	-	-
Equipe utilise les pouces pour évaluer les œdèmes d'un enfant			
Equipe évalue les œdèmes sur deux pieds au même temps			
Equipe utilise la bonne pression			
Equipe utilise une technique de comptage à haute voix			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/20

ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES (TABLETTES)

	2	1	0
Equipe administre un bon questionnaire			
Equipe demande toutes les questions respectives			
Equipe reformule des questions pour que un accompagnant puisse les comprendre, si il/elle a du mal à comprendre/hésite à répondre			
Equipe demande des explications en cas de réponses peu claires			
Equipe choisi une bonne réponse entre les options notées sur le questionnaire			
Equipe ne juge pas des réponses données et traite l'accompagnant avec beaucoup de respect			
Equipe remercie l'accompagnant pour le temps accordé			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/14

REPLISSAGE DU RÉSUMÉ RAAC

	2	1	0
Equipe utilise un résumé RAAC par village			
Equipe effectue un comptage des cas à la fin de la journée			
Chiffres relatifs aux différentes catégories de cas correspondent			
Equipe effectue une contre-vérification des cas MAS/en voie de guérison sur les tablettes			
Equipe remet les résumés RAAC complétés à la fin de la journée			

* 2 (sans erreurs), 1 (avec erreurs), 0 (omis)

/10

REMARQUES / OBSERVATIONS

--

5. Listes des villages échantillonnés

AMPANIHY

District	Nom Commune	Nom de la Formation Sanitaire	Nom Fokontany par CSB	Population totale année 2017/FKT	Distance (par rapport à la FS)
Ampanihy Ouest	Amborompotsy	Amborompotsy	Ankazoabo	359	9.0 Km
Ampanihy Ouest	Amborompotsy	Amborompotsy	Beronono	865	22.0 Km
Ampanihy Ouest	Amborompotsy	Amborompotsy	Ambararata Haut	720	38.0 Km
Ampanihy Ouest	Ampanihy Andrefana	Ampanihy Ouest	Besakoa Sud	1,013	21.0 Km
Ampanihy Ouest	Ampanihy Andrefana	Ampanihy Ouest	Sihananiambo	968	42.0 Km
Ampanihy Ouest	Androka	Androka	Zamasy	695	8.0 Km
Ampanihy Ouest	Androka	Androka	Tsiankeva-Haut	769	26.0 Km
Ampanihy Ouest	Androka	Kilibory	Anaviavimasy	797	18.0 Km
Ampanihy Ouest	Ankiliabo	Behavandra	Befamata	679	6.0 Km
Ampanihy Ouest	Ankiliabo	Behavandra	Vohitany	526	27.0 Km
Ampanihy Ouest	Ankilimivory	Ankilimivory	Vohimiroro II	242	6.0 Km
Ampanihy Ouest	Ankilizato	Ankilizato	Bevoay	662	8.0 Km
Ampanihy Ouest	Ankilizato	Sakamasay	Emalo	262	24.0 Km
Ampanihy Ouest	Antaly	Antaly	Satrapoty	758	10.0 Km
Ampanihy Ouest	Antaly	Antaly	Beara centre	987	30.0 Km
Ampanihy Ouest	Beahitse	Beahitse	Besely	573	10.0 Km
Ampanihy Ouest	Beahitse	Beahitse	Ankilebeharits	623	18.0 Km
Ampanihy Ouest	Belafike Ambony	Belafika Ambony	Belafike bas	512	8.0 Km
Ampanihy Ouest	Belafike Ambony	Belafika Ambony	Vinanetelo-Ankilemaro	227	18.0 Km
Ampanihy Ouest	Belafike Ambony	Belafika Ambony	Belolo Bas	358	24.0 Km
Ampanihy Ouest	Beroy Atsimo	Beroy Sud	Antaly vohitany	296	6.0 Km
Ampanihy Ouest	Beroy Atsimo	Beroy Sud	Ampanidrambe centre	660	21.0 Km
Ampanihy Ouest	Ejeda	Ejeda	Mirafy	599	6.0 Km
Ampanihy Ouest	Ejeda	Ejeda	Marovahatse	931	13.0 Km
Ampanihy Ouest	Ejeda	Ejeda	Sanihera Nord	306	33.0 Km
Ampanihy Ouest	Ejeda	Manakaravavy	Mandopake I	703	10.0 Km
Ampanihy Ouest	Anavoha	Anavoha	Beavoha	132	6.0 Km
Ampanihy Ouest	Fotadrevo	Fotadrevo	Fotadrevo centre	1,742	0.0 Km

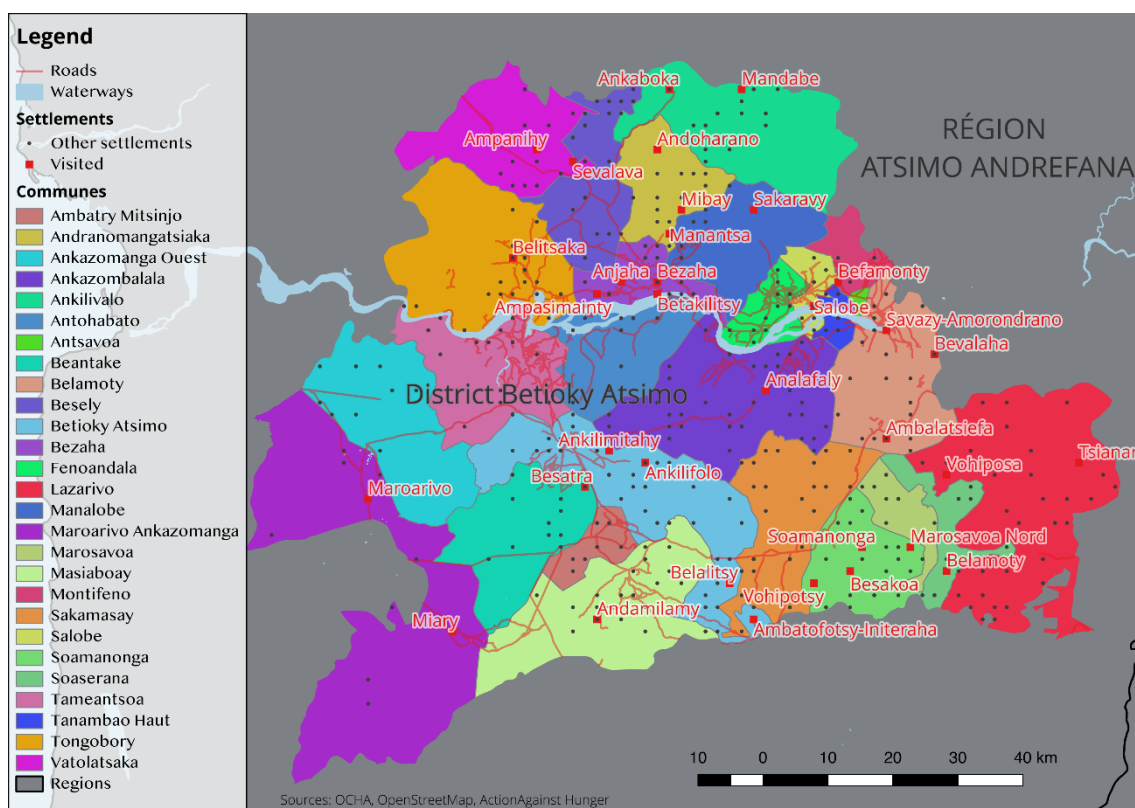
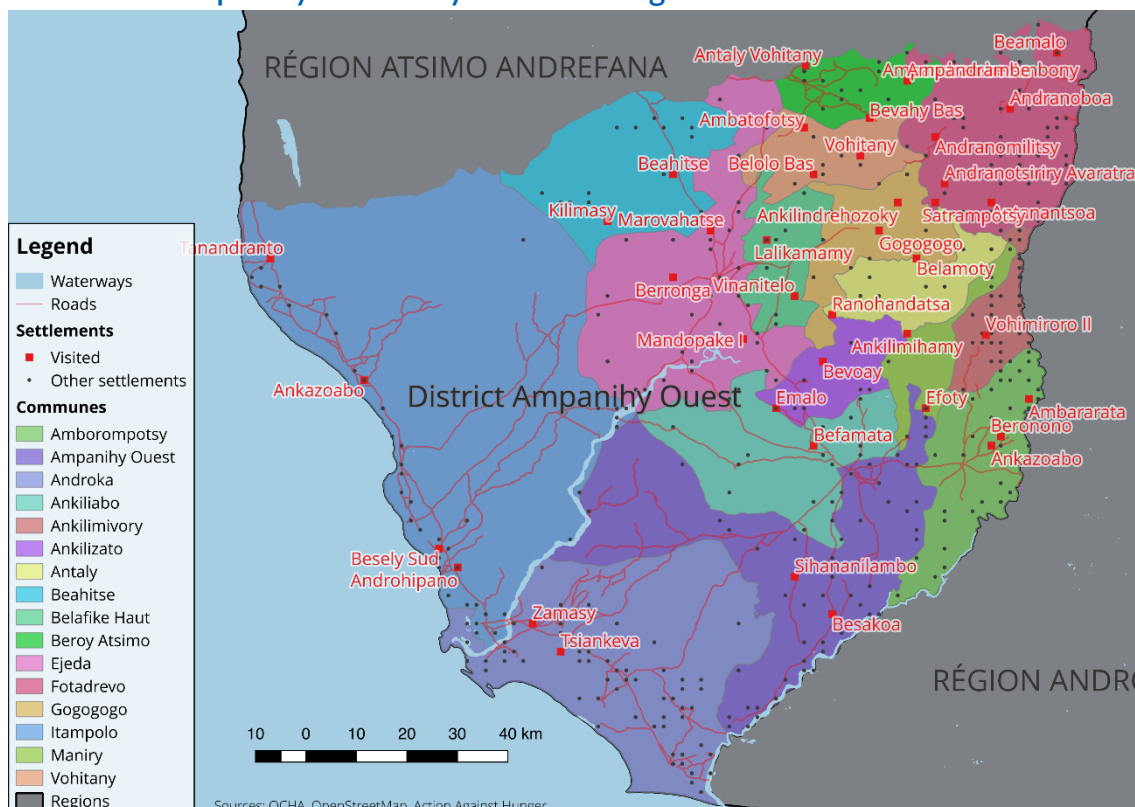
Ampanihy Ovest	Fotadrevo	Fotadrevo	Andranomilitsy II	520	17.0 Km
Ampanihy Ovest	Fotadrevo	Tanantsoa	Ambatobe	328	6.0 Km
Ampanihy Ovest	Fotadrevo	Tanantsoa	Andranotsiriry Nord	735	12.0 Km
Ampanihy Ovest	Fotadrevo	Beamalo	Beamalo	587	0.0 Km
Ampanihy Ovest	Gogogogo	Gogogogo	Gogogogo I	888	0.0 Km
Ampanihy Ovest	Gogogogo	Gogogogo	Betonaky	758	10.0 Km
Ampanihy Ovest	Gogogogo	Gogogogo	Amborinabo	1,579	18.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Itampolo	Ankazoabo	701	20.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Itampolo	Tanindranto	1,359	52.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Nisoa	Androimpano	870	8.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Nisoa	Besely-Sud	657	21.0 Km
Ampanihy Ovest	Maniry	Maniry	Ankilimihamy	363	7.0 Km
Ampanihy Ovest	Maniry	Maniry	Efoty	290	20.0 Km
Ampanihy Ovest	Vohitany	Vohitany	Bevahy bas	959	12.0 Km
Ampanihy Ovest	Vohitany	Vohitany	Soamanonga Ambalatsarake	616	28.0 Km
Ampanihy Ovest	Amborompotsy	Amborompotsy	Ankisakisake	947	6.0 Km
Ampanihy Ovest	Ampanihy Andrefana	Ampanihy Ovest	Sihanamitohy	808	32.0 Km
Ampanihy Ovest	Androka	Kilibory	Bevoalavo	1,000	20.0 Km
Ampanihy Ovest	Beahitse	Beahitse	Talimbola	902	10.0 Km
Ampanihy Ovest	Belafike Ambony	Belafika Ambony	Beadala bas	626	21.0 Km
Ampanihy Ovest	Ejeda	Ejeda	Saniratanty	318	11.0 Km
Ampanihy Ovest	Anavoha	Anavoha	Agnadabo amilahimagneva	138	9.0 Km
Ampanihy Ovest	Fotadrevo	Tanantsoa	Ankilitsidiro	374	15.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Itampolo	Itampolo I	1,824	0.0 Km
Ampanihy Ovest	Itampolo	Ampitanaky	Bekily	528	8.0 Km

BETIOKY

District	Nom Commune	Nom de la Formation Sanitaire	Nom Fokontany par CSB	Population totale année 2017/FKT	Distance (par rapport à la FS)
Betioky Atsimo	Betioky Sud	Betaimbala	Belalitse	680	10.0 Km
Betioky Atsimo	Masiaboay	Ambatry	Besakoa Nord	793	6.0 Km
Betioky Atsimo	Beantake	Ampasindava	Besatra	178	6.0 Km
Betioky Atsimo	Andranomang atsiaka	Andranomang atsiaka	Mibay	331	6.0 Km
Betioky Atsimo	Andranomang atsiaka	Andranomang atsiaka	Manatsa	577	10.0 Km
Betioky Atsimo	Ankazomanga Ouest	Ankazomanga Ouest	Bevala	438	9.0 Km
Betioky Atsimo	Ankilivalo	Ankilivalo I	Mandabe I Et II	978	5.0 Km
Betioky Atsimo	Ankilivalo	Ankilivalo I	Ankaboka	234	12.0 Km
Betioky Atsimo	Antohabato	Antohabato	Betakolitse	944	11.0 Km
Betioky Atsimo	Beavoha	Beavoha (Ankazombala)	Analafaly	750	10.0 Km
Betioky Atsimo	Beantake	Beantake	Ankililaza	519	3.0 Km
Betioky Atsimo	Belamoty	Belamoty	Mihaiky	2,033	4.0 Km
Betioky Atsimo	Tameantsoa	Bemoka	Leobondro	554	7.0 Km
Betioky Atsimo	Betioky Sud	Betioky Sud	Ankilimalangy	817	6.0 Km
Betioky Atsimo	Betioky Sud	Besely	Ankilifolo	329	10.0 Km
Betioky Atsimo	Bezaha	Bezaha	Bezaha Ili	3,247	1.0 Km
Betioky Atsimo	Bezaha	Bezaha	Anjaha	266	6.0 Km
Betioky Atsimo	Bezaha	Bezaha	Ampasimaiky	536	12.0 Km
Betioky Atsimo	Manalobe	Manalobe	Sakaravy	607	17.0 Km
Betioky Atsimo	Fenoandala	Fenoadala	Soamanonga	342	10.0 Km
Betioky Atsimo	Lazarivo	Lazarivo	Lamosy	222	8.0 Km
Betioky Atsimo	Lazarivo	Lazarivo	Vohitoka Nord	644	16.0 Km
Betioky Atsimo	Lazarivo	Lazarivo	Andoharano Nord	545	25.0 Km
Betioky Atsimo	Lazarivo	Lazarivo	Tsagnaregna Sud	328	33.0 Km
Betioky Atsimo	Maroarivo	Maroarivo	Maroaraivo Ankazomb	1,469	0.0 Km
Betioky Atsimo	Maroarivo	Maroarivo	Miary Andremba	286	27.0 Km
Betioky Atsimo	Masiaboay	Masiaboay	Ambalatsiefa	300	7.0 Km
Betioky Atsimo	Masiaboay	Masiaboay	Andamilamy I	1,763	13.0 Km
Betioky Atsimo	Montifeno	Montifeno	Mahatora	570	9.0 Km

Betioky Atsimo	Salobe	Salobe	Salobe	1,715	0.0 Km
Betioky Atsimo	Belamoty	Savazy II	Savazy I	1,839	1.0 Km
Betioky Atsimo	Soamanonga	Soamanonga	Besakoa	821	3.0 Km
Betioky Atsimo	Soamanonga	Soamanonga	VOhip0tsy Dud II	973	12.0 Km
Betioky Atsimo	Soaserana	Soaserana	Belamoty	317	3.0 Km
Betioky Atsimo	Marosavoa	Marosavoa Bas	Marosavoa Bas	548	0.0 Km
Betioky Atsimo	Tanambao Haut	Tanambao Haut Befamoty	Befamoty	1,259	0.0 Km
Betioky Atsimo	Tanambao Haut	Tanambao Haut Befamoty	Ankilimaroana ka	599	10.0 Km
Betioky Atsimo	Tongobory	Tongobory	Belitsake	377	7.0 Km
Betioky Atsimo	Tongobory	Tongobory	Anaralava	687	16.0 Km
Betioky Atsimo	Vatolatsaka	Vatolatsaka	Ampihamy	581	5.0 Km
Betioky Atsimo	Vatolatsaka	Vatolatsaka	Sevalava	529	15.0 Km
Betioky Atsimo	Vatolatsaka	Vatolatsaka	Ambahivahy	1,003	30.0 Km
Betioky Atsimo	Betioky Sud	Betaimbala	Ambatofotsy Est	256	6.0 Km
Betioky Atsimo	Andranomang atsiaka	Andranomang atsiaka	Tonga	1,161	18.0 Km
Betioky Atsimo	Beavoha	Beavoha (Ankazombala)	Ambararata Morafeno	807	6.0 Km
Betioky Atsimo	Tameantsoa	Betioky Sud	Andohasatra	568	8.0 Km
Betioky Atsimo	Lazarivo	Lazarivo	Antohabato	827	30.0 Km
Betioky Atsimo	Masiaboay	Masiaboay	Andranotakats e	731	13.0 Km
Betioky Atsimo	Soamanonga	Soamanonga	Manintsy II	324	8.0 Km
Betioky Atsimo	Tongobory	Tongobory	Ihotry	1,480	1.0 Km

6. Carte d'Ampanihy et Betioky avec les villages échantillonnés²⁹



²⁹ Pas tous les noms des villages figurés sur la carte correspondent au villages visités. Dû à la non-disponibilité des coordonnées GPS, il n'était pas possible de cartographier chaque village échantillonné ; plutôt un village le plus proche a été choisi, si c'était possible.