SUIVI DES INDICATEURS DU PROGRAMME SANTE USAID ATN Plus PAR LA METHODE LQAS

(Lot Quality Assurance Sampling)

Rapport Synthétique

Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus)

Contract No: GHS-I-00-07-00003-00
Mali le 12 juillet 2013

Consortium: Abt Associates, Inc. (prime) Intrahealth International, Johns Hopkins University/Center for Communication Programs (JHU/CCP), Helen Keller International (HKI), and Groupe Pivot Santé Population (GP/SP)

SOMMAIRE

Liste des indicateurs LQAS 4
TABLEAUX 5
FIGURES 6
ABREVIATIONS 7
REMERCIEMENTS 8
RESUME 9
1. INTRODUCTION 13
Généralités sur le projet ATN Plus 13
La vision de l'assistance technique de ATN Plus 13
But 13
Les objectifs du programme 14
Les domaines d'intervention 14
Les résultats attendus 14
2. L'ENQUETE LQAS 14
2.1. But de l'enquête 14
2.2. Objectif général 15
2.3. Objectifs spécifiques 15
2.4. Méthodologie 15
2.4.1. Définition et Utilisation du LQAS 15
2.4.2. Contextualisation du LQAS dans le cadre de ATN Plus 16
2.4.3. Population d'étude 17
2.4.4. Echantillonnage 17
2.4.5. Outils de collecte 18
2.4.6. Formations à la méthode LQAS 19
2.4.7. Sites de l'enquête 19
2.4.8. Déroulement de l'enquête sur le terrain 19
2.4.9. Traitement des données 20
2.5. Résultats de l'enquête LQAS 21
2.5.1. Volet Santé maternelle et planification familiale 21
2.5.2. Volet Lutte contre le paludisme 23
2.5.3. Volet Vaccination 26
2.5.4. Volet Communication 28
2.5.5. Volet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) 29
2.5.6. Volet Supervision Facilitante 30
2.5.7. Les Blocs les moins performants pour l'ensemble des indicateurs 31
3. EVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE ATN PLUS SELON LQAS-2 32
3.1. Deuxième enquête LQAS (LQAS-2) 32
3.2. Analyse de l'évolution du niveau des indicateurs dans les deux (2) aires de coordination de la première à la seconde enquête LQAS 34
3.2.1. Santé Maternelle et Planification familiale 34
3.2.2. Lutte contre le Paludisme 36
3.2.3. Vaccination 39
3.2.4. Communication 43

3.2.5. Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) 44
4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 46
5. ANNEXES 48
5.1. ANNEXE A : Tableaux complémentaires 48
5.2. ANNEXE B : Les participants au processus du LQAS/ATN Plus 54
5.3. ANNEXE C : Bibliographie 55

Liste des indicateurs LQAS

Santé Maternelle et Planification Familiale

1. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du postpartum
2. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine (2°C - 8°C)
3. Pourcentage des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)
4. Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)

Lutte Contre le Paludisme

5. Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)
6. Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA
7. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants < 5 ans
8. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants < 5 ans
9. Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de palu
10. Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme

Vaccination

11. Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG
12. Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO
13. Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA
14. Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13
15. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR
16. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA
17. Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête

Communication

18. Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé

Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)

19. Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé
20. Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet

Supervision Facilitante

21. Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante

TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des résultats clés pour les indicateurs suivis par la méthode LQAS

Tableau 2 : CSCom tirés dans les deux aires de coordination

Tableau 3 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet santé maternelle /Planification familiale et par aire de coordination du Sud et du Centre

Tableau 4 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour la lutte contre le paludisme et par aire de coordination

Tableau 5 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet disponibilité des intrants pour la vaccination et par aire de coordination

Tableau 6 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet disponibilité des documents et supports et par aire de coordination

Tableau 7 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) et par aire de coordination

Tableau 8 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet Supervision Facilitante par aire de coordination

Tableau 9 : Résultats par blocs pour l'aire de coordination Sud

Tableau 10: Résultats par blocs pour l'aire de coordination Centre

Tableau 11: Niveau des indicateurs de santé maternelle et planification familiale au LQAS2

Tableau 12: Niveau des indicateurs de Lutte contre le Paludisme au LQAS2

Tableau 13: Niveau des indicateurs de Vaccination au LQAS2

Tableau 14: Niveau des indicateurs de Communication, Soins Essentiels dans la communauté et Supervision facilitante au LQAS2

FIGURES

Figure 1 : Evolution des indicateurs 1 et 2 de Santé maternelle

Figure 2 : Evolution des indicateurs 3 et 4 de planification familiale

Figure 3 : Evolution des indicateurs 5 et 6 de lutte contre le paludisme

Figure 4 : Evolution des indicateurs 7 et 8 de lutte contre le paludisme

Figure 5 : Evolution des indicateurs 9 et 10 de lutte contre le paludisme

Figure 6 : Evolution des indicateurs 11 et 13 de vaccination

Figure 7 : Evolution des indicateurs 12 et 14 de vaccination

Figure 8 : Evolution des indicateurs 15 et 16 de vaccination

Figure 9 : Evolution de l' indicateur 17 de vaccination

Figure 10 : Evolution de l'indicateur 18 de communication

Figure 11 : Evolution des indicateurs 19 et 20 des soins essentiels dans la communauté

Figure 12 : Evolution de l'indicateur 21 de supervision facilitante

ABREVIATIONS

ASACO	Association de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
ATN Plus	Assistance Technique Nationale Plus de USAID Mali
BCG	Bacille de calment et Guérin
CCC	Communication pour le changement de comportement
CROCEP	Comité régional d'orientation et d'évaluation du programme santé
CSCom	Centre de santé communautaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DTC	Directeur Technique de Centre
DV	Dépôt de vente
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GP/SP	Groupe Pivot Santé population
HKI	Helen Keller International
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
JHU/CCP	John Hopkins University/ center of communication program
LQAS	Lot quality assurance sampling (Echantillonnage de qualité par lot)
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
PCV13	Vaccin anti pneumocoque 13 valent
PENTA	Vaccin Pentavalent
PF	Planification Familiale
PKC II	Programme santé USAID Keneya Ciwara II
PMI	Presidential Malaria initiative (Initiative Présidentielle de lutte contre le paludisme)
PNP /SR	Politique Normes et procédures en Santé de la reproduction
PRODESS II	Programme de développement socio sanitaire (phase II)
SA	Stratégie avancée
SEC	Soins essentiels dans la communauté
SIG	Système d'information géographique
SIS	Système d' information sanitaire
STD	Sous standard
TDR	Test de diagnostic rapide
USAID	Agence des états unis pour le développement international
VAA	Vaccin anti amaril (anti fièvre jaune)
VAR	Vaccin anti rougeole
VPO	Vaccin anti poliomyélite
ZS	Zone de supervision

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par le gouvernement des Etats Unis, à travers l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID).

Les auteurs, l'équipe centrale et la Direction de ATN Plus remercient le staff de Abt Associates, Intrahealth International, Helen Keller International, John Hopkins University/Center for Communication Program, Groupe Pivot/Santé Population, la Direction Nationale de la Santé, les Directions Régionales de la Santé des Aires de Coordination de l'étude ainsi que les ASACO et le personnel des CSCom pour leur collaboration à la réalisation de cette enquête. Une mention particulière aux Conseillers de district qui ont collecté les données, aux Coordonnateurs régionaux et chargés de suivi qui en ont assuré la supervision, à l'équipe restreinte centrale qui en a assuré la coordination depuis la conception jusqu' aux rapports, à toute l'équipe de ATN Plus qui s' est profondément investie pour assurer la réussite de cette étude novatrice et aux partenaires qui ont collaboré à sa réalisation. Finalement nos remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude. Les noms des participants au processus du LQAS/ATN Plus sont listés dans l'annexe B.

Les opinions, réflexions et appréciations contenues dans ce rapport ne sont pas celles de l'USAID et ne sauraient l'engager. Enfin les auteurs sont disponibles à fournir toutes autres informations aux utilisateurs de ce rapport à des fins d'amélioration de la santé des populations bénéficiaires.

RESUME

Le Programme Santé USAID/ATN Plus a, dans le cadre du suivi de certains indicateurs de performance de son PMP et celui de l'USAID, mis en œuvre une approche idoine de collecte, de traitement et d'analyse de données pour le suivi de certains indicateurs qui ne sont pas systématiquement disponibles à travers les outils conventionnels des systèmes d'information classiques. Cette approche novatrice appelée « Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) » ou méthode d'échantillonnage par lots pour l'assurance de qualité, offre l'avantage de réaliser une étude sur certaines problématiques ciblées dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme pour disposer rapidement et à moindre coût d'informations nécessaires à la prise de décision et au suivi du programme. Les domaines concernés par cette expérience de ATN Plus sont relatifs à la santé de la mère, la survie des enfants (lutte contre le paludisme, vaccination et nutrition) la communication pour le changement de comportement et le renforcement du système de santé.

Il s'agissait pour ATN Plus d'examiner des indicateurs de ces domaines et de s'assurer que certaines innovations comme la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA), l'offre des méthodes injectables de Planification Familiale en stratégie avancée, l'utilisation des intrants et documents de politiques dans le cadre de la lutte contre le paludisme, de la vaccination, de la nutrition et de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ont été des stratégies appropriées dans l'offre des services de qualité par les prestataires au niveau des Centres de Santé Communautaire (CSCom) ; et ont eu les effets escomptés.

Sur le plan méthodologique, une première formation des formateurs a permis d'adapter le concept au contexte particulier de ATN Plus avec la révision des outils suivie d'une deuxième formation des agents de collecte, les conseillers de district de ATN Plus.

Un échantillonnage aléatoire réalisé a permis de tirer 228 CSCom pour l'ensemble de la couverture géographique de ATN Plus sur un total de 611 CSCom fonctionnels ce qui fait un taux de sondage de 37% environ. Pour des raisons d'insécurité, la prise en compte de l'aire de coordination nord a été différée. Les blocs (5 au Sud et 7 au Centre) sont composés de tout ou partie des Districts formant les Aires de Coordination du Sud avec 95 CSCom et du Centre avec 133 CSCom.

La collecte des données a été réalisée par les Conseillers de District, la supervision par les Coordinateurs Régionaux, les chargés de suivi et l'analyse par l'Equipe Centrale de ATN Plus avec l'appui du Consultant formateur spécialiste de l'approche LQAS.

Les résultats indiquent la couverture moyenne de l'offre des services de GATPA dans les deux zones de l'étude sont assez élevées 98% au Sud et 94,7% au Centre. L'ocytocine, produit essentiel pour la qualité de la réalisation de la GATPA, est disponible, 87% à 91% de couverture moyenne dans les Aires de Coordination du Centre et du Sud. Enfin 91% des CSCom conservent bien ce produit dans les normes requises (2°C à 8°C).

Malgré le fait que 72% à 85% des CSCom organisent la stratégie avancée, l'offre de la méthode injectable de Planification Familiale lors de cette activité reste moyen entre 50% et 58%.

D'une façon générale les résultats de la lutte contre le paludisme sont très bons en termes de disponibilité des CTA et des TDR. En effet 80% à 94% des CSCom des Aires du Sud et du Centre disposent des CTA et 85% à 97 % des prestataires savent quand utiliser les CTA chez les enfants de moins de 5 ans. De même 91% à 94,7% des CSCom du Centre et du Sud disposent des TDR.

La disponibilité et l'utilisation des documents de référence sont aussi acceptables tant au Sud qu'au Centre et sont respectivement de 89% et 83% pour le manuel de prise en charge et de 83% et 72% pour l'utilisation de ces documents.

La vaccination aussi présente des indicateurs élevés aussi en termes de disponibilité des intrants ; cette disponibilité permet d'atteindre l'objectif de 80% de couverture vaccinale pour l'ensemble des antigènes. Il faut cependant prêter une attention particulière aux CSCom qui n'ont pas de chaîne de froid et conservent les vaccins en dehors du centre de santé communautaire.
La supervision suivant l'approche facilitante reste une préoccupation car la couverture moyenne des CSCom qui ont bénéficié des visites des Districts est de 36% pour l'aire de coordination du Sud et 51,7 % pour l'Aire de Coordination du Centre.

La stratégie de l'offre des services par les Agent de Santé Communautaire reste encore très limitée sans doute à cause des problèmes qui ne sont pas encore résolus comme le problème de financement de l'équipement, des paquets de services, la prise en charge du personnel entre autres.

Malgré ces résultats acceptables, l'étude a montré que quelques blocs présentent des résultats en dessous des attentes (sous standard) qui doivent inciter les superviseurs et les gestionnaires à faire des efforts pour combler les lacunes au niveau de ces blocs.

Des progrès importants ont été observés au niveau des indicateurs entre deux sessions de LQAS espacées de 12 mois.

Tableau 1 : Synthèse des résultats clés pour les indicateurs suivis par la méthode LQAS

		Aire Coordination Sud		Aire Coordination Centre		Liste blocs sous standard (moins performants)
	INDICATEURS	**Couverture Moyenne (%)**	***IC: 95%***	**Couverture Moyenne (%)**	***IC: 95%***	***Aire de coordination***
	SANTE MATERNELLE ET PF					
1	Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA *(Gestion Active Troisième Période Accouchement)* pour la prévention des hémorragies du postpartum *(3 critères : personnel formé, Ocytocine et enregistrement de la GATPA)*	98,9	*± 2,1*	94,7	*± 3,8*	*Sud : RAS* *Centre : Bloc 4*
2	Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine *(+2°C + 8°C)*	91,5	*± 5,6*	87,2	*± 5,6*	*Sud : Bloc 2* *Centre: Bloc 3, 4*
3	Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)	72,5	*± 9,8*	85,4	*± 6,1*	*Sud : Bloc 5* *Centre : Bloc 5*
4	Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)	50	*± 12,9*	58,6	*± 9,2*	*Sud: Bloc 2* *Centre: Bloc 1*
	LUTTE CONTRE LE PALUDISME					
5	Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)	94,7	*± 4,5*	91,7	*± 4,5*	*Sud: RAS* *Centre : Bloc 6*
6.	Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA (combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine)	80	*± 8*	94,7	*± 8*	*Sud: Bloc 1* *Centre : RAS*
7	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants < 5 ans	94,7	*± 4,5*	94	*± 4,5*	*Sud: RAS* *Centre: Bloc 4*
8	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants < 5 ans	85,3	*± 7,1*	97	*± 7,1*	*Sud: Bloc 3* *Centre : RAS*
9	Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de paludisme	89,5	*± 6,2*	83,5	*± 6,3*	*Sud: RAS* *Centre : RAS*
10	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de références pour la prise en charge des cas de paludisme	83,2	*± 7,5*	72,2	*± 7,6*	*Sud : Bloc 3* *Centre: Bloc 5, 7*
	VACCINATION					
11	Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG (vaccin antituberculeux)	90,3	*± 6*	90,2	*± 6*	*Sud: Bloc 1* *Centre : Bloc 6*
12	Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO (vaccin anti polio)	97,8	*± 2,9*	97	*± 2,9*	*Sud: RAS* *Centre : RAS*
13	Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA	93,5	*± 5*	94,7	*± 5*	*Sud : RAS* *Centre: RAS*
14	Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13 (vaccin anti pneumo 13 valent)	93,5	*± 5*	96,2	*± 5*	*Sud: Bloc 1* *Centre: RAS*
15	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR (vaccin anti rougeole)	96,8	*± 3,6*	97	*± 3,6*	*Sud : RAS* *Centre: RAS*
16	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA (vaccin anti amaril)	95,7	*± 4,1*	97,7	*± 4,1*	*Sud: RAS* *Centre: RAS*
17	Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête	87,8	*± 6,8*	94,6	*± 6,8*	*Sud: Bloc 3* *Centre: Bloc 2*
	COMMUNICATION					
18	Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé	90,5	*± 5,9*	88	*± 5,5*	*Sud: Bloc 3* *Centre : Bloc 2, Bloc 5*
	SOINS ESSENTIELS DANS LA COMMUNAUTE (SEC)					

		Aire Coordination Sud		Aire Coordination Centre		Liste blocs sous standard (moins performants)
	INDICATEURS	**Couverture Moyenne (%)**	***IC: 95%***	**Couverture Moyenne (%)**	***IC: 95%***	***Aire de coordination***
19	Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé	83,3	*± 8,6*	50	*± 8,6*	*Sud: 0* *Centre : Bloc 1*
20	Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet	88,1	*± 8,3*	100	*± 8,3*	*Sud: RAS* *Centre: RAS*
	SUPERVISION FACILITANTE					
21	Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante	36	*± 10*	51,7	*± 9,1*	*Sud : Bloc 2, Bloc 3* *Centre: Bloc 6*

1. INTRODUCTION

Généralités sur le projet ATN Plus

Le Mali s'est engagé comme la plupart des pays en voie de développement dans le relèvement du défi de réduction de ¾ de la mortalité maternelle et de 2/3 la mortalité infantile jugées trop élevées conformément aux engagements de la communauté internationale dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ces engagements des décideurs politiques ont été traduits dans les plans et programmes en stratégies d'intervention pour accélérer l'atteinte des OMD.

Dans le cadre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) révisé, des réformes importantes ont été entreprises en matière de santé des mères et de survie des enfants.
C'est pourquoi le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à travers les services dits à grand impact a fortement soutenu techniquement et financièrement les efforts du Mali au moyen de son Programme Stratégique Santé piloté par l'USAID.

Le Programme Santé USAID/ Assistance Technique Nationale ATN Plus soutien la mise en œuvre de cette politique. Ce programme est une approche novatrice en lui-même en matière d'efforts organisés et planifiés pour assister les politiques et stratégies du gouvernement malien.

Le Programme Santé USAID/ Assistance Technique Nationale (ATN Plus) est un consortium dont les membres sont : Abt Associates (le prime), Intrahealth International, John Hopkins University JHU/CCP, Helen Keller International (HKI) et le Groupe Pivot Santé Population (GP/SP).

La vision de l'assistance technique de ATN Plus

Elle s'articule autour des points suivants :

- L'accompagnement des structures du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre des Plans opérationnels.
- L'innovation en terme d'introduction de suivi dissémination et d'analyse de ces innovations dans le cadre de la politique de santé
- La mise à l'échelle ou en application dans la planification des ressources, la dissémination des meilleurs pratiques et des leçons apprises
- La qualité des services basée sur l'exécution correcte des activités conformément aux normes et procédures, la supervision, le suivi/évaluation, l'analyse, la planification des ressources et les prestations de services.

But

- Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile à travers :
  - le renforcement des capacités à fournir les services de santé à grand impact
  - la communication pour le changement de comportement.

Les objectifs du programme

1 – Appuyer le Ministère de la Santé dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé
2 – Améliorer la qualité des services de santé à grand impact
3 – Améliorer l'accès des communautés aux services de santé à grand impact
4 – Accroître la demande pour les services de santé à grand impact par la communication pour le changement de comportement
5 – Renforcer le partenariat avec le secteur privé

Les domaines d'intervention

Les domaines spécifiques concernent la santé maternelle et néonatale, la planification familiale, la nutrition, la vaccination, la lutte contre le paludisme et le renforcement du système de santé.

Les domaines transversaux sont : la communication pour le changement de comportement, le renforcement du suivi/évaluation (supervision), le système d'information géographique (SIG) et le Partenariat Secteur Public - Secteur Privé.

Les résultats attendus

- *Résultat Intermédiaire (1) Santé Maternelle* : La disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle de qualité ont augmenté ;
- *Résultat Intermédiaire (2) Planification Familiale* : L'accès, la demande et l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale ont augmenté ;
- *Résultat Intermédiaire (3) Santé des Enfants* : L'accès, et l'utilisation des services de santé des enfants ont augmenté ;
- *Résultat Intermédiaire (4) Paludisme* : L'accès, et l'utilisation des interventions clés du paludisme ont augmenté
- *Résultat Intermédiaire (5) RSS* : Renforcement du système de santé aux niveaux national, régional, district et communautaire, la gestion et les systèmes de santé sont améliorés, y compris le suivi/évaluation, les politiques et autres questions transversales.

2. L'ENQUETE LQAS

2.1. But de l'enquête

Cette enquête a pour but de collecter des données pour renseigner les indicateurs de processus permettant d'améliorer le système de suivi/évaluation du PMP de USAID et de ATN Plus afin de renforcer la prise de décision, pour les sites prioritaires d'interventions et la gestion efficiente des ressources disponibles.

2.2. Objectif général

Apprécier l'impact des formations du personnel pour les interventions de santé maternelle, survie de l'enfant, lutte contre le paludisme, la vaccination, la communication et le renforcement du système de santé dans le cadre de l'assistance technique au ministère de la santé et aussi le degré d'application des politiques normes et procédures (PNP), des stratégies et directives pour l'amélioration de la qualité de l'offre des services de santé à grand impact dans les centres de santé communautaires de la zone de couverture.

2.3. Objectifs spécifiques

- Mesurer les niveaux de couverture de certains indicateurs clés du programme (qui ne sont pas collectés de façon routinière) en tenant compte des aspects qualité pour la période de juillet à décembre 2011 ;
- Identifier sur l'ensemble des aires de coordination de l'étude des districts d'intervention de l'USAID, les blocs (districts ou ensemble de districts) de faible couverture ou moins performants pour les services de santé à grand impact durant la période de juillet à décembre 2011 ;
- Identifier les blocs (districts ou ensemble de districts) de couverture élevée ou plus performants;
- Comparer les aires de coordination du LQAS pour faire des recommandations basées sur les « bonnes pratiques » des blocs performants pouvant permettre d'améliorer la couverture dans les blocs à faible performance et guider les interventions futures ;
- Produire un rapport détaillé pouvant guider la prise de décisions programmatiques pour l'amélioration des performances des districts sanitaires d'intervention.

2.4. Méthodologie

2.4.1. Définition et Utilisation du LQAS

Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) est une méthodologie d'échantillonnage et de classification utilisée pour évaluer la performance des programmes de santé. Il a été développé dans les années 1920 pour le contrôle de qualité industriel. Durant les années 1980, il a été adapté aux enquêtes auprès des ménages pour évaluer la couverture des interventions essentielles, ainsi que les connaissances, les attitudes et les pratiques.

LQAS a émergé comme un outil pratique pour les gestionnaires de programme. Il complète les données des systèmes de surveillance de routine pour identifier les obstacles dans la couverture des interventions clés et les zones géographiques prioritaires nécessitants une assistance, et de déclencher des actions correctrices.

LQAS agit d'abord en définissant la zone de programme (par exemple un département) qui est subdivisée en au moins cinq zones de surveillance (ZS).

Au sein de chaque ZS, un échantillon de 19 répondants de chaque univers d'échantillonnage est sélectionné pour un entretien. Dans le cas de cinq (5) ZS, il en résulte une taille d'échantillon de 95 répondants pour chaque univers d'échantillonnage de la zone du programme. En combinant les données de cinq (5) ZS, on peut déterminer la couverture moyenne de toute la zone d'opération du programme avec un intervalle de confiance de 95% avec une marge d'erreur de plus ou moins 10% pour plusieurs indicateurs.

En plus, les règles de décision de LQAS peuvent être utilisées pour identifier les zones de supervision (ZS) qui ont une performance en deçà de la couverture moyenne pour le programme. Ainsi de telles ZS peuvent être prioritaires pour appui et action correctrice. Cependant, il est important de savoir que la méthode LQAS a ses limites :

- Inadéquat pour calculer la couverture exacte dans une ZS ;
- Inadéquat pour définir les priorités parmi les zones de supervision qui ont peu de différence de couverture entre elles.

2.4.2. Contextualisation du LQAS dans le cadre de ATN Plus

Le LQAS étant une méthode d'enquête légère (19 échantillons par zone de surveillance appelée ici blocs), très rapide et peu coûteuse, elle a connu une large utilisation dans les différentes évaluations des résultats et impact des projets et programmes à travers le monde.

Cette méthode est un outil très important dans le suivi/évaluation, souvent utilisée dans les enquêtes de ménages et dans les formations sanitaires. Même si elle semble être bien maitrisée ; la retenir comme moyen pour mesurer les effets/résultats des interventions d'un programme comme ATN Plus nécessite une réelle adaptation au contexte particulier de ce programme. C'est pourquoi, l'équipe technique de ATN Plus a travaillé pour adapter la méthode à ses besoins.
Cette adaptation comporte les points clés suivants :

❶ Détermination des Aires de coordination ou zone de supervision (ZS)

Elle a consisté à regrouper les régions administratives du pays pour faire correspondre aux zones de responsabilité des trois Coordinateurs Régionaux de ATN Plus :

- le Sud (régions de Kayes, Koulikoro et Bamako) ;
- le Centre (régions de Ségou, Sikasso et Mopti) ;
- le Nord (régions de Tombouctou, Gao et Kidal).

Pour des raisons d'insécurité, la prise en compte de l'aire de coordination Nord a été différée.
Ces zones de responsabilité des coordinateurs régionaux de ATN Plus ont été nommées **« Aire de coordination »**. Dans le cadre de cette enquête par le LQAS, nous avons donc retenu deux (2) aires de coordination qui sont le Sud et le Centre.

❷ **Détermination des Blocs ou lot LQAS**

Elle a consisté à regrouper les districts afin d'avoir un nombre suffisant de CSCom pour qu'un tirage aléatoire de 19 CSCom soit possible. Le regroupement a été fait sur la base des critères suivants :

1) Des districts proches ou contigus ;
2) Similitude géographique, sociale et environnementale ;
3) Couverture géographique des coordinateurs régionaux ;
4) Le déploiement des conseillers de district de ATN Plus.

Ce regroupement des districts (lot dans le LQAS classique) a été nommé **« Bloc »** dans le cadre de cette enquête. Ainsi, 5 blocs ont été identifiés dans l'aire de coordination Sud et 7 blocs dans l'aire de coordination Centre.

❸ **Détermination des unités de sondage**

L'unité de sondage dans le contexte de ATN Plus est le CSCom dans lequel les interviews ont été réalisées. Ainsi, chaque bloc d'une aire de coordination est constitué de 19 CSCom tirés au hasard.

2.4.3. Population d'étude

Comme indiqué dans la partie adaptation du LQAS dans le cadre de ATN Plus, la cible de l'enquête est le CSCom. Conformément à l'objectif visé, il ne s'agit pas d'évaluer la performance d'un agent de santé mais il est question d'évaluer le niveau de performance du CSCom.

L'interview a concerné l'ensemble du personnel du CSCom (DTC, responsable maternité, agent vaccinateur, gérant du dépôt de médicament et l'infirmier d'état/infirmière obstétricienne) pour donner une réponse unique à l'enquêteur, le conseiller de district de ATN Plus.

2.4.4. Echantillonnage

Dans chacun des blocs des deux aires de coordination du LQAS, le logiciel Excel a été utilisé pour tirer de **façon aléatoire** 19 CSCom par bloc ou lot dans chaque aire de coordination (*Voir liste en annexe).*

Le processus adopté se résume aux points suivants :

- Etablir la liste nominative exhaustive actualisée de tous les CSCom de la couverture géographique de ATN Plus avec le SLIS de la DNS ;
- Numéroter tous les CSCom d'un bloc de 1 à n ;
- Tirer de façon aléatoire, avec Excel, les 19 CSCom dans chacun des blocs ;
- Adopter la liste des CSCom sélectionnés pour la collecte des données.

Tableau 2 : CSCom tirés dans les deux aires de coordination

Aires de coordination	BLOCS et Districts Sanitaires (DS)	CSCom
Aires de coordination Sud (Kayes-Koulikoro-Bamako)	Bloc_Sud 1 DS de Koulikoro, Dioila et Fana)	19
	Bloc_Sud 2 DS de Kati et Ouélésébougou	19
	Bloc_Sud 3 Communes I, II, III, IV, V et VI Bamako	19
	Bloc_Sud 4 DS Kayes et Diéma	19
	Bloc_Sud 5 DS Kita	19
	Total aire Sud	**95 CSCom**
Aires de coordination Centre (Ségou-Sikasso-Mopti)	Bloc_Centre 1 DS Sikasso et Kadiolo	19
	Bloc_Centre 2 DS Koutiala et Kignan	19
	Bloc_Centre 3 DS Bougouni	19
	Bloc_Centre 4 DS Ségou et San	19
	Bloc_Centre 5 DS Niono et Markala	19
	Bloc_Centre 6 DS Mopti et Tenenkou	19
	Bloc_Centre 7 DS Bandiagara et Bankass	19
	Total Aire Centre	**133 CSCom**
Global		**228 CSCom**

La taille finale de l'échantillon retenu pour l'étude est de **228 CSCom** pour l'ensemble de la couverture géographique de ATN Plus sur un total de 611 CSCom fonctionnels ce qui fait un taux de sondage de 37%, avec **95 CSCom** (19 CSCom x 5 blocs) pour l'Aire de Coordination Sud et **133 CSCom** (19 CSCom x 7 blocs) pour l'Aire de Coordination Centre.

2.4.5. Outils de collecte

Le questionnaire

Un questionnaire a été élaboré sur la base des indicateurs retenus pour le suivi du Programme avec le LQAS. Il est composé de 7 volets qui sont :

- L'entête avec les données administratives et autres identifiants ;
- Volet Santé de la Reproduction centré sur la GATPA ;
- Volet Planification Familiale axé sur l'offre des méthodes injectables en Stratégie Avancée par le CSCom ;
- Volet Supervision reçue par le CSCom du niveau supérieur hiérarchique suivant l'approche facilitante;
- Volet disponibilité et utilisation des documents/supports (PNP, stratégies, Directives) ;
- Volet disponibilité /utilisation des Produits /Intrants ;
- Volet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)
- Volet communication

Le Guide de Collecte

La collecte des données a été facilitée par l'élaboration d'un guide de collecte qui explique toutes les données à collecter, les instructions pour remplir le questionnaire et des commentaires pour aider à la compréhension de certains termes techniques. (Voir annexe).

2.4.6. Formations à la méthode LQAS

Deux ateliers de formation ont été organisés pour la réalisation de l'étude à savoir :

La formation des formateurs.

Elle a concerné les membres de l'équipe centrale de ATN Plus, d'un agent de Intrahealth (sous contractant), du Programme Santé USAID Keneya Ciwara II (PKC II), de certaines institutions du Ministère de la Santé comme la Direction Nationale de la Santé et de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Cet atelier a permis une initiation des formateurs et le renforcement de leurs compétences.

La formation des enquêteurs

Elle a concerné les conseillers de district de ATN Plus et avait deux objectifs :

- Former les enquêteurs pour la collecte des données nécessaires à l'enquête ;
- Tester la méthode et les outils pour leur adaptation au contexte de ATN Plus comme indiqué ci-dessus.

2.4.7. Sites de l'enquête

Initialement, cette étude était pour les 36 districts sanitaires du programme santé de l'USAID répartis dans les huit régions du pays : Kayes (3 districts), Koulikoro (5 districts), Sikasso (5 districts), Ségou (4 districts), Mopti (4 districts), Tombouctou (5 districts), Gao (2 districts), Kidal (2 districts) et le District de Bamako (6 Communes qui ont rang de districts sanitaire). Voir liste dans les annexes.

Les districts des régions de Tombouctou, Gao et Kidal ne sont plus accessible depuis fin janvier 2012 à cause de problèmes sécuritaires. Ainsi, l'enquête a été menée dans les 27 districts sanitaires d'intervention de ATN Plus dans les aires de coordination du Sud et du Centre.

2.4.8. Déroulement de l'enquête sur le terrain

Les conseillers de district de ATN Plus ont été chargés de collecter les données dans les CSCom de leur district de couverture. Pour cela, et sur demande de la direction de ATN Plus, le directeur national de la santé (DNS) a adressé une lettre d'information aux directeurs régionaux de la santé pour faciliter cette collecte dans les CSCom sélectionnés. Chaque conseiller sous la supervision de son coordinateur régional et le chargé de suivi pour la région de Mopti a établi un plan de collecte pour une meilleure efficacité sur le terrain. Les directeurs techniques des CSCom (DTC), responsables techniques des centres et les représentants des ASACO ont été informés de la nécessité de la présence effective de l'ensemble du personnel du CSCom à l'enquête et une date a été retenue de commun accord. La collecte s'est déroulée conformément au calendrier établi.
Dans le CSCom, le questionnaire est administré au personnel pour obtenir une réponse pour le CSCom.

2.4.9. Traitement des données

Les procédures classiques en termes de traitement et d'analyse des données de l'étude ont été suivies, à savoir : le suivi de la collecte, la saisie, le nettoyage, le contrôle de qualité et l'analyse des données.

Suivi de la collecte et contrôle de qualité

Les différentes séquences de suivi de la complétude et de la qualité des données collectées ont été effectuées à deux niveaux : sur le terrain, une fois les données collectées, les questionnaires remplis sont transmis aux coordinateurs régionaux et chargés de suivi qui vérifient la complétude et la cohérence des données collectées. Après cette vérification, les questionnaires remplis sont transmis à l'équipe centrale de ATN Plus ou une seconde vérification est faite. A chaque niveau, une retro information est faite.

Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été saisies dans un outil développé sur Excel nommé « ATN Plus_LQAS-MT_V4 » afin d'obtenir une tabulation automatique.

Le tableau de règle de décision de la méthode LQAS a été utilisé pour identifier les blocs de couverture au-dessus de la moyenne de l'aire de coordination (bloc performant) ou en dessous de la moyenne (bloc non performant).

Le LQAS étant un tirage aléatoire simple, la précision des couvertures moyennes a été calculée selon la formule **$d = Z^2 \times \sqrt{p * q/n}$** avec un **risque d'erreur ($\propto$) = 5%.**

- *d : la précision*
- *Z : écart réduit pour un risque d'erreur à 5% = 1,96*
- *p : proportion de réponse correcte*
- *q : 1-p : proportion de réponse non correcte*
- *n : taille de l'échantillon*

2.5. Résultats de l'enquête LQAS

Les résultats de la présente enquête par la méthode LQAS seront présentés par volet et par zone de coordination. Ils porteront essentiellement sur les indicateurs spécifiques qui ne sont pas collectés par la routine.

2.5.1. Volet Santé maternelle et planification familiale

Application des critères de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans les CSCom (GATPA)

La Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) est une intervention essentielle pour prévenir les hémorragies dans le postpartum immédiat. L'évaluation positive d'une intervention-test pour l'application de la GATPA par les matrones, a permis au Ministère de la santé, d'étendre son application à cette catégorie de prestataire des CSCom (task shifting). Des formations ont ainsi été organisées dans tous les districts sanitaires d'intervention de ATN Plus pour renforcer les compétences des agents en charge des accouchements dans les CSCom et les centres de santé secondaires.

Les critères retenus pour dire qu'un centre de santé applique la GATPA, ont été définis dans le contexte de cette enquête, à savoir :
- le CSCom a au moins une personne formée en GATPA ;
- le centre enregistre l'application de la GATPA aux accouchements effectués;
- le centre dispose de l'ocytocine.

Ces données ne sont collectées en routine ni par le Ministère de la Santé ni par ATN Plus à cause des ressources limitées car cela nécessite une visite de l'ensemble des 611 CSCom des districts d'intervention de ATN Plus.
C'est pour ces raisons que ATN Plus a décidé de collecter ces données par la méthode LQAS (échantillon réduit) pour apprécier l'application de la GATPA dans la zone de couverture.

Offre des méthodes injectables de Planification Familiale en Stratégie Avancée par les CSCom

L'analyse de la situation de la planification familiale (PF) montre que les besoins non satisfaits en PF restent très élevés. L'USAID et ses différents programmes sont fortement impliqués en matière de PF afin d'améliorer l'offre et l'utilisation des services de PF à travers la mise à disposition des produits contraceptifs (USAID Mali) et la formation des prestataires (ATN Plus et les autres partenaires).
Il est aussi important de savoir que l'offre des services de PF demeure confronté à beaucoup de facteurs : sociaux, culturels et organisationnels avec une insuffisance d'intégration de l'offre des certaines méthodes comme les injectables en stratégie avancée malgré des instructions données par le ministère de santé à l'adresse de l'ensemble des centres de santé communautaires du pays au cours des CROCEP.

Les données de la PF sont habituellement collectées en routine par les conseillers de district de ATN Plus auprès du système d'information sanitaire du district. Nonobstant cela la méthode LQAS nous permet de vérifier l'effectivité de l'offre de la méthode injectable dans le paquet des services dans les CSCom.

Tableau 3 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet santé maternelle /Planification familiale et par aire de coordination du Sud et du Centre

VOLET SANTE MATERNELLE ET PF	AIRE DE COORDINATION DU SUD		AIRE DE COORDINATION DU CENTRE		LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	**Couverture Moyenne (%)**	**Intervalle de Confiance (IC: 95%)**	**Couverture Moyenne (%)**	**(IC: 95%)**	**Aire de coordination**
1. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du postpartum	**98,9**	± 2,1	**94,7**	± 3,8	*Sud : RAS* *Centre : Bloc 4*
2. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine (+2°C + 8°C)	**91,5**	± **5,6**	**87,2**	± 5,6	*Sud : Bloc 2* *Centre: Bloc 3, 4*
3. Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)	**72,5**	± 9,8	**85,4**	± 6,1	*Sud : Bloc 5* *Centre : Bloc 5*
4. Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)	**50,0**	± 12,9	**58,6**	± 9,2	*Sud: Bloc 2* *Centre: Bloc 1*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

<u>Indicateur</u> 1 : Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du post partum dans l'aire de coordination Sud.

Dans l'aire de coordination du Sud, la couverture moyenne est de **98,9 %**. L'ensemble des 5 blocs ont une performance au-dessus de la moyenne. En effet sur 19 CSCom visités dans chaque bloc plus de 18 appliquent la GATPA. Dans l'aire de coordination du Centre, la couverture moyenne est de **94,7 %** pour les CSCom qui appliquent la GATPA. Le bloc 4 (Ségou/San) est un (1) sous standard avec une performance au-dessous de la moyenne, ceci est dû au poids de Ségou dans le bloc 4 (5 CSCom sous standard contre 1 à San).
En ce qui concerne l'application de la GATPA on peut retenir que les couvertures moyennes sont assez élevées dans les deux aires de coordination et les différences sont faibles.

<u>Indicateur 2</u> : Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine (2°C - 8°C)

Dans l'aire de coordination du Sud, la couverture moyenne de l'offre de la GATPA avec bonne conservation de l'ocytocine est de **91,5%**. Dans l'aire de coordination du Centre, la couverture moyenne de l'offre de la GATPA avec bonne conservation de l'ocytocine est de **87,2%**. On remarque que pour l'application de la GATPA avec bonne conservation de l'ocytocine, il existe une différence entre le Sud **(91,5%)** et le Centre **(87,2 %)**.

<u>Indicateur 3</u> : Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)

Dans l'aire de coordination du Sud, **72,5 %** des CSCom offrent les services en Stratégie Avancée. *C'est l*e bloc 2 *(CSCom du district de Kati)* qui est en dessous de la couverture moyenne. On remarque que pour le bloc 3 *(CSCom des 6 communes du district de Bamako)*, la plupart des CSCom ont une population dans un rayon de 5 Km autour du CSCom et n'appliquent pas la Stratégie Avancée. Dans l'aire de coordination du Centre, la couverture moyenne est de **85,4 %** des CSCom enquêtés qui organisent la stratégie avancée avec comme sous standard le bloc 3 (Bougouni).

<u>Indicateur 4 :</u> Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)

Dans l'aire de coordination du Sud, la méthode injectable intégrée dans le paquet de services du CSCom est offerte en stratégie avancée dans **50%** des cas. Le bloc 2 *(CSCom du district de Kati)* est toujours en dessous de cette couverture moyenne. Dans l'aire de coordination du Centre, parmi les CSCom qui organisent la SA la couverture moyenne de ceux qui offrent la méthode injectable de PF est **58,6%,** avec comme sous standard le bloc 1 (Sikasso/Kadiolo). Ceci est dû au poids de Sikasso dans le bloc 1 (9 CSCom sous standard contre 2 à Kadiolo). On note que la différence importante entre le Centre et le Sud en termes d'offre des services de PF en stratégie avancée est certainement due au poids des CSCom du District de Bamako qui ne fait pas de stratégie avancée.

2.5.2. Volet Lutte contre le paludisme

La problématique de la lutte contre le paludisme est assez complexe au Mali à cause de l'importance de l'endémie (première cause de consultation pour les enfants et les femmes) d'une part et du faciès épidémiologique (trois zones distinctes) qui est pluriel du Sud au Nord du pays d'autre part. Le fardeau de cette maladie qui touche particulièrement les populations pauvres et vulnérables comme les femmes et les enfants de moins de cinq ans en termes de morbidité et de mortalité reste très élevé toute l'année et pendant toutes les saisons.

Par ailleurs, malgré la révision de la politique, il subsiste encore des réticences et beaucoup de lacunes chez certains prestataires en matière de prise en charge de la maladie avec les nouvelles molécules notamment les CTA. Pour ces raisons, le programme dédié à la lutte contre le paludisme a fait l'objet de profondes réformes avec le niveau de son rattachement au sein du Ministère qui a été rehaussé stratégiquement et politiquement.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Gouvernement Américain à travers l'initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (PMI) de l'USAID au Mali intervient pour le renforcement des politiques et la disponibilité des intrants notamment les TDR et les CTA.

ATN Plus et d'autres partenaires apportent leur assistance technique et financière entre autres dans le renforcement de de la capacité et des compétences des prestataires. L'offre des services de

santé à grand impact particulièrement celui de la lutte contre le paludisme est entièrement dépendante de la disponibilité des intrants dans les formations sanitaires.

Les données relatives à ces réformes ne sont pas systématiquement collectées par ATN Plus ; surtout celles relatives aux intrants car il existe d'autres partenaires de l'USAID travaillant dans le renforcement du système pharmaceutique.

Eu égard à la nécessité d'avoir les informations sur la disponibilité des intrants pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme au niveau des CSCom, ATN Plus a introduit les variables de la disponibilité effective des TDR et CTA dans la collecte des données avec la méthode LQAS.

La vérification de la connaissance du personnel des centres sur quand « utiliser les TDR et les CTA » a permis d'apprécier la qualité des formations faites pour les quelles ATN Plus a apporté une importante assistance technique et financière dans la zone de couverture et dans les autres districts sanitaires du Mali.

Tableau 4 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour la lutte contre le paludisme et par aire de coordination

VOLET DISPONIBILITE ET UTILISATION DES INTRANTS	AIRE DE COORDINATION SUD			AIRE DE COORDINATION CENTRE			LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	Couverture Moyenne (%)	Intervalle de Confiance (IC: 95%)		Couverture Moyenne (%)	(IC: 95%)		Aire de coordination
5. Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)	**94,7**	±	**4,5**	**91,7**	±	4,5	*Sud: RAS* *Centre : Bloc 6*
6. Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA	**80,0**	±	**8,0**	**94,7**	±	8,0	*Sud: RAS* *Centre: Bloc 4*
7. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants de moins de 5 ans	**94,7**	±	**4,5**	**94,0**	±	4,5	*Sud: RAS* *Centre : RAS*
8. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants de moins de 5 ans	**85,3**	±	**7,1**	**97,0**	±	7,1	*Sud: Bloc 3* *Centre : RAS*
9. Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de paludisme	**89,5**	±	**6,2**	**83,5**	±	6,3	*Sud : Bloc 3* *Centre: Bloc 5, 7*
10. Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme	**83,2**	±	**7,5**	**72,2**	±	7,6	*Sud: Bloc 1* *Centre : RAS*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

On remarque que dans le cadre de la lutte contre le paludisme les résultats en termes de disponibilité des TDR, de CTA et la connaissance du moment de leur utilisation sont à des niveaux assez élevés dans les deux aires de coordination (plus de 80%).

Les moyennes de couverture pour le manuel de prise en charge 89,5% au Sud et **83,5%** au centre et l'utilisation des documents de référence sont très bonnes sur l'ensemble des aires de coordination.

Indicateur 5 : Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)

Dans l'aire de coordination Sud, **94,7 %** des CSCom disposaient de TDR pour le diagnostic biologique rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Tous les blocs étaient au-dessus de la couverture moyenne. Au centre la couverture moyenne est de **91,7%** pour les CSCom qui disposent de TDR pour le diagnostic des cas de paludisme avec 1 sous standard dont le bloc 6 (Mopti/Ténenkou).

Indicateur 6 : Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA

Au Sud, En ce qui concerne les CTA, **80 %** des centres en disposaient pour la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Le bloc 1 *(CSCom des districts de Koulikoro, Fana et Dioila)* était en dessous de la couverture moyenne. Au centre **94,7%** des CSCom disposent de répertoire de CTA pour la prise en charge des cas de paludisme (pas de blocs sous standard).

Indicateur 7 : Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants de moins de 5 ans

Dans l'aire de coordination Sud, **94,7 %** des CSCom connaissaient quand utiliser les TDR pour le diagnostic biologique rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Tous les blocs étaient au-dessus de la couverture moyenne. Au centre, dans en moyenne **94,0%** des CSCom, le personnel enquêté connait quand utiliser les TDR chez les enfants de moins de 5 ans pour le diagnostic du paludisme avec 1 sous standard dont le bloc 4 (Ségou/San).

Indicateur 8 : Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants de moins de 5 ans

Dans l'aire de coordination Sud, **85,3 %** des CSCom connaissaient quand utiliser les CTA pour prendre en charge les cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans. Le bloc 1 *(CSCom des districts de Koulikoro, Fana et Dioila)* était en dessous de la couverture moyenne. Dans l'aire de coordination Centre, la moyenne est de **96,9%** des CSCom, dont le personnel interrogé connaît quand utiliser les CTA chez les enfants de moins de 5 ans (pas de bloc sous standard).

Indicateur 9 : Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de paludisme

L'enquête par la méthode LQAS a montré que **89,5 %** des CSCom dans l'aire de coordination Sud disposaient des directives de prise en charge des cas de paludisme. Tous les blocs de l'aire de coordination étaient au-dessus de la couverture moyenne. Au centre cette moyenne était de 83,5% avec 2 blocs sous standard.

<u>Indicateur 10</u> *:* Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme

Dans l'aire de coordination Sud, **83,2 %** des CSCom utilisaient les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme. Le *bloc 3 (CSCom des 6 communes de Bamako)* était en dessous de la couverture moyenne. Dans l'aire de coordination Centre la moyenne de couverture des CSCom qui utilisent les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme est de **72,2%** avec deux (2) sous standard dont les blocs 5 (Niono /Markala) et 7 (Bandiagara/Bankass)

2.5.3. Volet Vaccination

La vaccination est par excellence une activité qui contribue fortement à la réduction de la mortalité des infants grâce aux antigènes qui sont retenus dans ce programme. Le PEV est l'un des plus anciens programme du Mali. Ce programme de sa création à nos jours a connu de nombreuses évolutions. Les plus significatives sont intervenues avec l'implication de nouveaux acteurs et partenaires de la Communauté Internationale, bilatérale et la Société Civile (Fond Mondial, GAVI, USAID, Unicef entre autres).

L'USAID au Mali contribue à ce programme de plusieurs façon, toutefois dans le cadre de ATN Plus les efforts ont été mis sur la mise en place en synergie avec les autres partenaires d'un cadre stratégique de planification et de gestion des activités de vaccination à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan pluriannuel complet (PPAc) comprenant plusieurs composantes. Dans ce contexte, ATN Plus assiste le Service National des Immunisation (SENI) du Ministère de la Santé à travers l'opérationnalisation des activités de vaccination des stratégies novatrices comme l'ACD (Atteindre Chaque District) et très récemment la stratégie de recrutement des enfants incomplètement ou non vaccinés pour les orienter ver le système de routine.

Il s'agit pour ATN Plus de contribuer à l'efficacité et l'efficience du PEV en améliorant l'utilisations des ressources vaccinales et en maximisant les indicateurs de la vaccination.

Les résultats ci-dessous présentés dans le tableau ne sont pas les indicateurs de couverture vaccinale mais plutôt donnent des informations sur la disponibilité des différents antigènes au niveau communautaire toutes choses qui sont les conditions préalables de la réussite du PEV. En effet, il n'y a point de performance sans une bonne disponibilité et conservation des intrants.

Tableau 5 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet disponibilité des intrants pour la vaccination et par aire de coordination

VOLET DISPONIBILITE DES VACCINS	AIRE DE COORDINATION SUD			AIRE DE COORDINATION CENTRE			LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	**Couverture Moyenne (%)**	**Intervalle de Confiance (IC: 95%)**		**Couverture Moyenne (%)**	**(IC: 95%)**		**Aire de coordination**
11. Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG	**90,3**	±	**6,0**	**90,2**	±	6,0	*Sud: Bloc 1* *Centre : Bloc 6*
12. Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO	**97,8**	±	**2,9**	**97,0**	±	2,9	*Sud: RAS* *Centre : RAS*
13. Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA	**93,5**	±	**5,0**	**94,7**	±	5,0	*Sud : RAS* *Centre: RAS*
14. Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13	**93,5**	±	**5,0**	**96,2**	±	5,0	*Sud: Bloc 1* *Centre: RAS*
15. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR	**96,8**	±	**3,6**	**97,0**	±	3,6	*Sud : RAS* *Centre: RAS*
16. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA	**95,7**	±	**4,1**	**97,7**	±	4,1	*Sud: RAS* *Centre: RAS*
17. Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête	**87,8**	±	**6,8**	**94,6**	±	6,8	*Sud: Bloc 3* *Centre: Bloc 2*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

D'une manière générale les deux aires de coordination ont une très bonne disponibilité des intrants de la vaccination avec des couvertures moyenne élevée. On note un léger avantage pour l'aire de coordination Centre pour certains antigènes comme le VAR, le VAA et le respect des critères de conservation.

Indicateur 11 : Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG contre la tuberculose

Pour le **BCG,** la couverture moyenne est de **90,3 %** pour les CSCom de l'Aire de Coordination Sud avec un sous standard dans le *Bloc 1 (CSCom des districts de Koulikoro, Fana et Dioila).* Pour le **BCG,** la couverture moyenne est de **90,2 %** pour les CSCom de l'Aire de Coordination Centre avec un Sous standard dans le *Bloc 6.*

Indicateur 12 : Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO contre la poliomyélite

Dans l'Aire de Coordination Sud **97,8 %** des CSCom disposant du VPO, il n'y aucun sous standard pour cet antigène aussi. Au centre **97,0 %** des CSCom disposant du VPO, il n'y aucun sous standard pour cet antigène.

Indicateur 13 : Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et les infections à haemophilus influenzae B

La couverture moyenne pour la disponibilité du PENTA est de **93,5%** des CSCom dans le Sud et il n'y aucun sous standard pour cet antigène. Au centre **94,7%** des CSCom disposant du Penta et il n'y aucun sous standard pour cet antigène

Indicateur 14 : Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13 contre le pneumocoque

Au Sud la couverture moyenne est de **93,5%** pour PCV 13 Pneumocoque et il n'y pas de sous standard. Au centre la couverture moyenne est de **96,2%** pour PCV 13 Pneumocoque et il n'y pas de sous standard.

Indicateur 15 : Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR contre la rougeole

La couverture moyenne est **de 96,8%** pour le VAR sans sous standard pour l'aire de coordination Sud. La couverture moyenne **de 96,9%** pour le VAR sans sous standard pour l'aire de coordination du Centre.

Indicateur 16 : Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA contre la fièvre jaune

La couverture moyenne est de **95, 7%** pour le VAA sans sous standard pour l'aire de coordination Sud. La couverture moyenne est de **97,7%** pour le VAA sans sous standard pour l'aire de coordination Centre

Indicateur 17 : Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête

Au Sud la couverture moyenne est de **87,8 %** pour les CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) et selon l'enquête. Au Centre la couverture moyenne est de **94,6 %** pour les CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) selon l'enquête avec un sous standard, le bloc 2 (Koutiala/Kignan)**.**

2.5.4. Volet Communication

La Communication pour le changement de comportement est une activité transversale de soutien à tous les domaines du Programme Santé USAID/ATN Plus. Plusieurs documents de politique ou de plan de communication ont été développés à l'attention des acteurs sur le terrain (population cibles, prestataires, acteurs divers de la société civile etc.). Dans le cadre de cette étude l'accent a été mis sur la disponibilité du Guide des messages santé pour la lutte contre le paludisme. En raison des difficultés d'infléchissement des comportements à court terme, il est important que CSCom utilisent ce document de référence très important.

<u>Indicateur 18</u> : Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé

Dans le Sud, le document de guide de message est disponible en moyenne dans **90,5 %** des CSCom. Le bloc 3 (CSCom des 6 communes de Bamako) était en dessous de la couverture moyenne. Dans le Centre la moyenne est de **88,0%** pour les CSCom qui disposent de guide de messages sur la santé avec cependant 2 sous standard dont les blocs 2 (Koutiala/Kignan) et 5 (Niono/Markala).

Tableau 6 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet disponibilité des documents et supports et par aire de coordination

VOLET DISPONIBILITE DES DOCUMENTS ET SUPPORTS	AIRE DE COORDINATION SUD			AIRE DE COORDINATION CENTRE			LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	**Couverture Moyenne (%)**	**Intervalle de Confiance (IC: 95%)**		**Couverture Moyenne (%)**	**IC: 95%**		**Aire de coordination**
18. Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé	**90,5**	±	5,9	**88,0**	±	5,5	*Sud: Bloc 3* *Centre : Bloc 2, Bloc 5*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

2.5.5. Volet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)

Les Soins Essentiels dans la Communauté peuvent rentrer dans le domaine des innovations au Mali. En effet, le centre de santé communautaire a toujours été le premier point de contact des populations avec les soins en termes de paquet de services organisé et offert par le système de santé.

La mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté est une stratégie nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile au Mali en vue de l'atteinte des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement
Le Ministère de la Santé à travers la Direction nationale de la Santé bénéficie de l'assistance des Partenaires Techniques et Financiers pour opérationnaliser l'approche de SEC dans les cinq régions du Sud (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti).

Le Programme Santé ATN Plus n'est pas responsable de la mise en œuvre mais a contribué fortement à la formulation de la stratégie en collaboration avec les autres acteurs. A travers les résultats présentés dans les tableaux ci-dessous, d'informations sur les niveaux de couverture seront désormais disponibles pour les zones dans lesquelles la stratégie est en cours d'exécution.

Tableau 7 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) et par aire de coordination

VOLET SOINS ESSENTIELS DANS LA COMMUNAUTE (SEC)	AIRE DE COORDINATION SUD			AIRE DE COORDINATION CENTRE			LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	Couverture Moyenne (%)	Intervalle de Confiance (IC: 95%)		Couverture Moyenne (%)	IC: 95%		Aire de coordination
19. Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé	**83,3**	±	8,6	**50,0**	±	8,6	*Sud: 0* *Centre : Bloc 1*
20. Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet	**88,1**	±	8,3	**100,0**	±	8,3	*Sud: RAS* *Centre: RAS*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

Indicateur 19 : Pourcentage des CSCom qui disposent d' ASC fonctionnels dans l' aire de santé
Indicateur 20 : Pourcentage des CSCom qui disposent d' ASC qui offrent le paquet complet

La différence de couverture pourrait être imputable au fait que la stratégie n'a pas encore touché tous les districts ou que les ASC formés n'ont pas encore été équipés. Dans l'Aire de coordination Sud, on remarque que la couverture moyenne des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels est très élevée **(83,3 %)** sans aucun sous standard et **88%** d' entre eux offrent le paquet complet ce qui est une très bonne performance dans cette aire de coordination. Dans l'aire de coordination Centre la moyenne de couverture est de **50%** pour les CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels avec 1 sous standard qui est le bloc 1 (Sikasso/Kadiolo) et **100%** des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels, offrent le paquet complet (pas de sous standard)

2.5.6. Volet Supervision Facilitante

Tableau 8 : Résultats comparés des couvertures moyennes pour le volet Supervision Facilitante par aire de coordination

Supervision selon l'approche facilitante	AIRE DE COORDINATION SUD			AIRE DE COORDINATION CENTRE			LISTE DES BLOCS SOUS STANDARD (MOINS PERFORMANTS)
INDICATEURS	Couverture Moyenne (%)	Intervalle de Confiance (IC: 95%)		Couverture Moyenne (%)	IC: 95%		Aire de coordination
Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante	**36**	±	**10**	**51,7**	±	**9,1**	*Sud : Bloc 2, Bloc 3* *Centre: Bloc 6*

RAS Rien à signaler *Voir Tableau No 2 pour la liste des blocs*

<u>Indicateur 21 :</u> Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante

La couverture moyenne des CSCom qui ont reçu au moins une supervision suivant l'approche facilitante est de **36%** pour l'aire de coordination Sud et **51,7 %** pour l'Aire de Coordination Centre. On constate deux sous standard au Sud (bloc 2) et un sous standard au Centre (bloc 6).

2.5.7. Les Blocs les moins performants pour l'ensemble des indicateurs

<u>Santé maternelle et planification familiale</u> : Les Aires de Coordination Sud et Centre ont au total chacun six (6) blocs sous standard pour l'ensemble des indicateurs. Les sous standard sont relatifs aux aspects suivant :

Le bloc 2 du Sud *(CSCom du district de Kati)* est en dessous des couvertures moyennes en raison de la conservation de l'ocytocine et l'organisation de la stratégie avancée pour l'offre de la méthode injectable. Les CSCom concernés dans le district de Kati sont*: Kalabankoro, Mountougoula et Sandama pour la conservation de l'ocytocine ; Hèrèmakono, Kanadjiguila, Malibougou, Mountougoula, Safo, Sanakororoba, Sandama, Dangassa ; Nagadina Ouélésséboubougou, Sanankorodji et Tiélé pour la stratégie avancée,*

En ce qui concerne l'application de la GATPA pour la prévention des hémorragies du postpartum le bloc 4 du Centre (Ségou/San) est un (1) sous standard avec une performance au-dessous de la moyenne, ceci est dû probablement au poids de Ségou dans le bloc 4 (5 CSCom sous standard avec les CSCom *de Boussin, Cinzana, Diouna, Katiéna et Yolo contre 1 à San le CSCom Kaniégué).*

Dans le domaine de la vaccination, et par rapport à la couverture en BCG dans l'Aire de Coordination Sud le *bloc 1* est moins performant et concerne les C*SCom des districts de Koulikoro (Gouni), de Fana (Ména) et de Dioila (Tingolé.).*

Pour le BCG le *Bloc 6* moins performant dans le Centre comprend les CSCom de Bougou, Lessagou, Soubala, Pissa et Tori. Les CSCom moins performants par rapport à la conservation des vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) sont dans le bloc 2 (Koutiala/Kignan) à savoir *Famounasso, NTonsoni, Sogomougou, Yafola.*

Dans le domaine du paludisme et par rapport à la connaissance de la période d'utilisation des TDR le bloc 6 (Mopti/Tenenkou) avec les CSCom de *Bendiéli, Lessagou, Soubala, Pissa, Kanibonzon, Ouenkoro* et le bloc 4 (Ségou/San) *avec les CSCom de Banankoro, Diouna Péléguana Sud et Yolo sont les moins performants.*

Enfin pour les CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme le bloc 5 (Niono /Markala) avec les CSCom de BolibanaB6, Cocody, Diabaly, Diakawèrè, Dougouba, Fassoubatou, Wèrèkèla, Nampala, Niono Central, Pogo et Sansanding et le bloc 7

(Bandiagara/Bankass) avec les CSCom *Korientzé,Yougoussiré,Kontza, Diambakourou, Sévaré 3, Tongonrongo, Komoguel 1 et Médina coura sont les moins performants.*

Dans ce domaine de la supervision on remarque que les couvertures moyennes sont relativement faibles. Elles sont sans doute tributaires de la formation et de la capacité des Equipes Cadres de District à mobiliser les ressources financières pour réaliser cette activité garante du suivi de la mise en œuvre des programmes et de la qualité des services. Egalement la formation des superviseurs de district n'a été organisée que dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti.

D'une façon générale, on remarquera que dans la zone de coordination Sud sur l'ensemble des indicateurs du tableau il y un total de 35 sous standard répartis suivants les Bloc 1 (5), Bloc 2 (6), Bloc 3 (17), Bloc 4 (3) et le Bloc 5 (4).

Dans l'Aire de Coordination Centre, il y au total 48 sous standard sur l'ensemble des indicateurs. Les Blocs 1, 2, 7 sont les moins performants. Il faut donc superviser les CSCom de ces blocs avec un focus sur ceux du Bloc 7.

3. EVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE ATN PLUS SELON LQAS-2

3.1. Deuxième enquête LQAS (LQAS-2)

La seconde édition de la collecte des données par la méthode LQAS dite LQAS-2 du Programme Santé USAID ATN Plus s'est déroulée du 11 au 25 mars 2013. Elle a porté sur la période de janvier à décembre 2012 pour fournir des indicateurs qui comparés à leur niveau au cours du LQAS-1 permet d' apprécier l' évolution des ces indicateurs de performance entre LQAS-1 et LQAS-2 et ceci pour l' Aire de coordination Sud et l' Aire de coordination Centre.

Suivant cette méthodologie, un échantillonnage aléatoire réalisé a permis de tirer 228 nouveaux CSCom différents de ceux de la première édition pour l'ensemble de la couverture géographique de ATN Plus sur un total de 649 CSCom fonctionnels ce qui fait un taux de sondage de 35% environ.

Zones de couverture de l'enquête

L'Aire de Coordination –Sud comporte cinq (5) blocs correspondant aux lots pour la collecte des données de 19 sites. Il s'agit de :

Bloc 1 : Districts sanitaires de Koulikoro (8), Dioila (6) et Fana (5) ;
Bloc 2 : Districts sanitaires de Kati (14) et Ouélésébougou (5) ;
Bloc 3 : Districts sanitaires des Communes I (8), Comme II (2), Commune III (0), Commune IV (3), Commune V (5) et Commune VI (1) du District de Bamako ;

Bloc 4 : Districts sanitaires de Kayes (15) et Diéma (4) ;
Bloc 5 : District sanitaire de Kita (19).

L'Aire de Coordination –Centre comporte sept (7) blocs correspondant aux lots pour la collecte des données de 19 sites. Il s'agit de :

Bloc 1 : Districts sanitaires de Sikasso (11) et Kadiolo (8) ;
Bloc 2 : Districts sanitaires de Koutiala (15) et Kignan (4) ;
Bloc 3 : District sanitaire de Bougouni (19) ;
Bloc 4 : Districts sanitaires de Ségou (10) et San (9) ;
Bloc 5 : Districts sanitaires de Niono (11) et Markala (8) ;
Bloc 6 : Districts sanitaires de Mopti (12) et Tenenkou (7) ;
Bloc 7 : Districts sanitaires de Bandiagara (13) et Bankass (6).

Analyse des données de l'enquête LQAS-2

Elle a été réalisée à partir des données de base collectée suivant un questionnaire qui a été révisé et adapté en fonction des constats faits lors de la première édition (LQAS-1). Un contrôle plus rigoureux a été effectué par les Coordinateurs Régionaux pour la complétude. Une session de travail réalisée à Sikasso avec les conseillers de district, les coordonnateurs régionaux et l'Equipe Centrale de ATN Plus a permis de corriger les insuffisances constatées après la saisie et la production des résultats préliminaires obtenus grâce à la feuille de calcul. Des séances particulières de travail avec chaque conseiller de district pour lesquels des erreurs avaient été constatées ont permis de corriger les erreurs et de résoudre les différents problèmes.

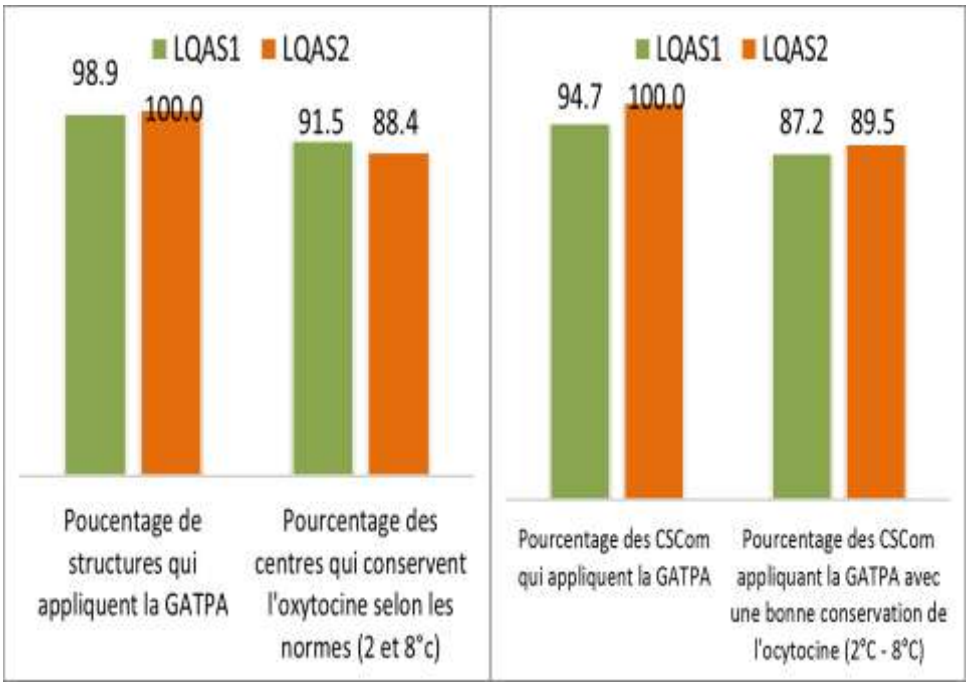
Les résultats sont présentés ici sous forme de graphiques permettant une comparaison aisée des deux LQAS (LQAS-1 / LQAS-2) et des deux Aires de Coordination (Aire de Coordination Sud et Aire de Coordination Centre).

3.2. Analyse de l'évolution du niveau des indicateurs dans les deux (2) aires de coordination de la première à la seconde enquête LQAS

3.2.1. Santé Maternelle et Planification familiale

<u>Indicateur</u> 1 : Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du postpartum dans l'aire de coordination Sud.
<u>Indicateur 2 :</u> Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine (2°C - 8°C)

Figure 1 : Evolution des indicateurs 1 et 2 de Santé maternelle

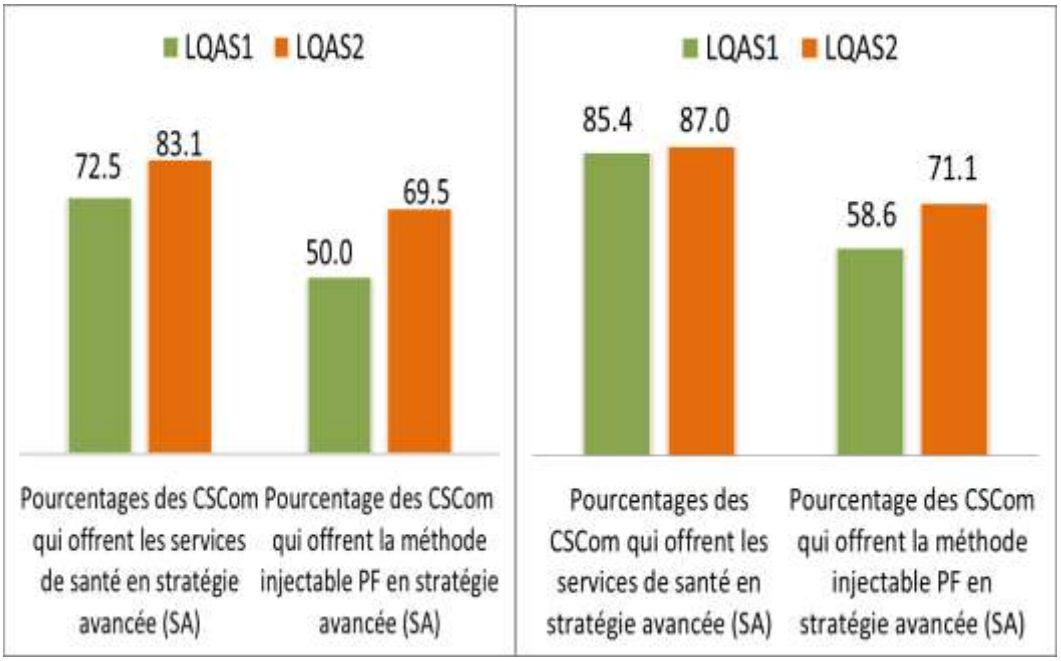


Aire de Coordination –Sud	Aire de Coordination -Centre

Ces graphiques montrent que malgré l'amélioration de l'application dans les deux aires de coordination, il est noté une régression du pourcentage de CSCom conservant l'ocytocine dans les normes au niveau des blocs de l'AC –Sud soit 91,5% à 88,4% respectivement du LQAS 1 au LQAS 2. On peut remarquer que dans l'Aire de Coordination la du Centre la tendance est à l'amélioration.

<u>Indicateur 3</u> : Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)
<u>Indicateur 4 :</u> Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)

Figure 2 : Evolution des indicateurs 3 et 4 de planification familiale



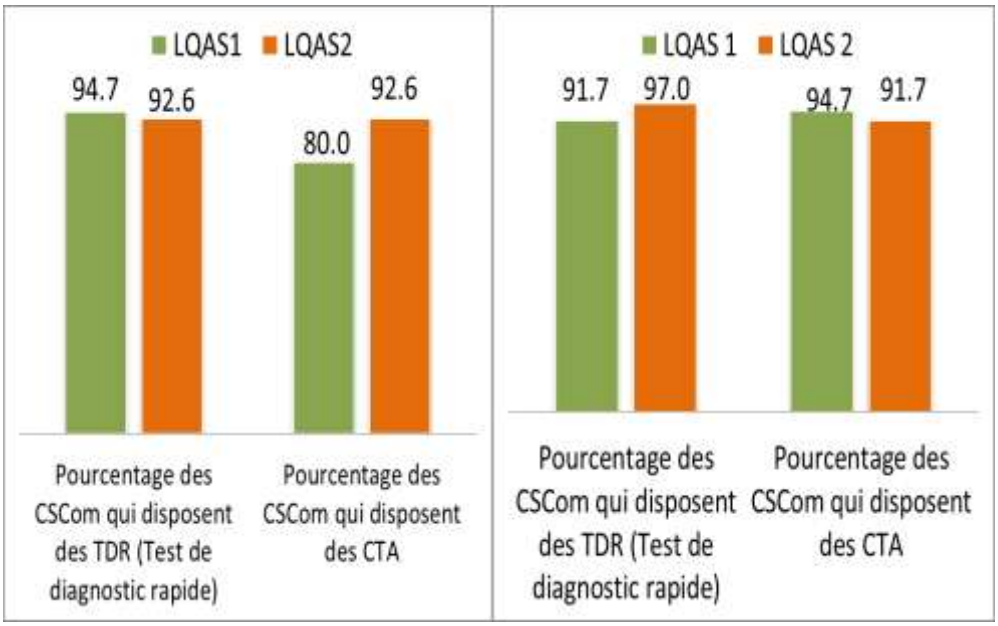
Aire de Coordination –Sud	Aire de Coordination -Centre

Dans l'aire de coordination la situation est bien meilleure car des progrès ont été enregistrés pour tous indicateurs avec cependant l'offre des services et la méthode injectable de de PF en stratégie avancée est à améliorer.
Les graphiques indiquent qu'en dépit des difficultés, l'offre des méthodes injectables de PF en stratégie avancée a connu un réel progrès dans les deux aires de coordination sud avec 19,5 points de progression et 12,5 points dans l'Aire de Coordination Centre entre les deux périodes de l'étude.

3.2.2. Lutte contre le Paludisme

<u>Indicateur 5</u> : Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)
<u>Indicateur 6 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA

Figure 3 : Evolution des indicateurs 5 et 6 de lutte contre le paludisme



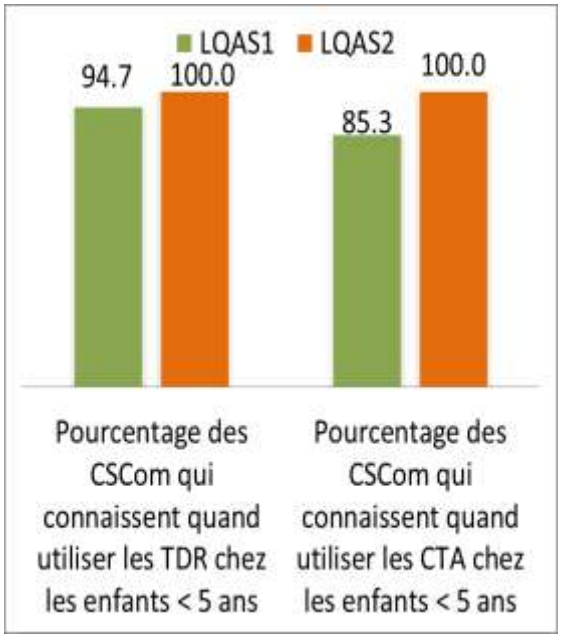
Aire de Coordination –Sud	Aire de Coordination -Centre

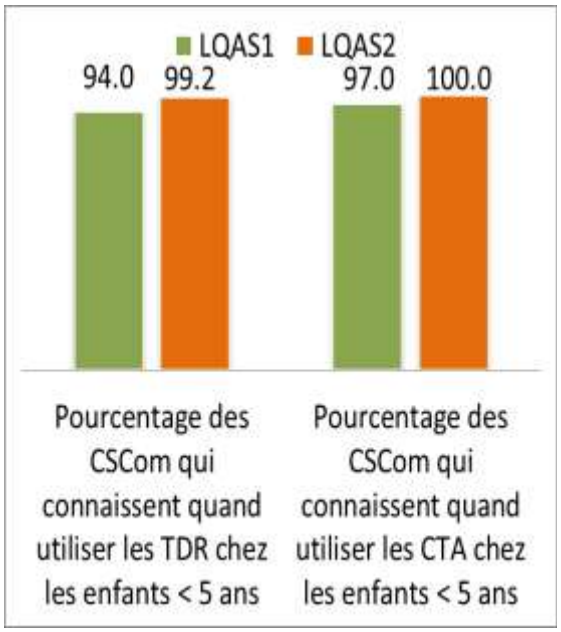
On constate d'une manière générale que les indicateurs d'utilisation et la disponibilité des intrants de lutte contre le paludisme ont évolué entre les deux éditions de l'enquête. En effet, tous les indicateurs ont favorablement progressé dans l'Aire de Coordination Sud sauf le pourcentage des CSCom qui disposent de TDR pour lequel il y a un léger recul de **94,7 à 92,6%**. Dans l'Aire de Coordination Centre par contre le recul ne concerne pas les intrants mais plutôt le Manuel de prise en charge du paludisme pour lequel **1,5%** des CSCom n'en disposent pas. Il reste à maintenir cette bonne performance dans le temps voir l'améliorer.

Les graphiques ci-dessus renseignent sur le fait des efforts doivent être entrepris pour améliorer la disponibilité des TDR qui a régressé de 94,7% à 92% entre les deux enquêtes dans le Sud et que 3% des CSCom du Centre aussi connaissent le même problème.

<u>Indicateur 7</u> : Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants de moins de 5 ans
<u>Indicateur 8</u> : Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants de moins de 5 ans

Figure 4 : Evolution des indicateurs 7 et 8 de lutte contre le paludisme





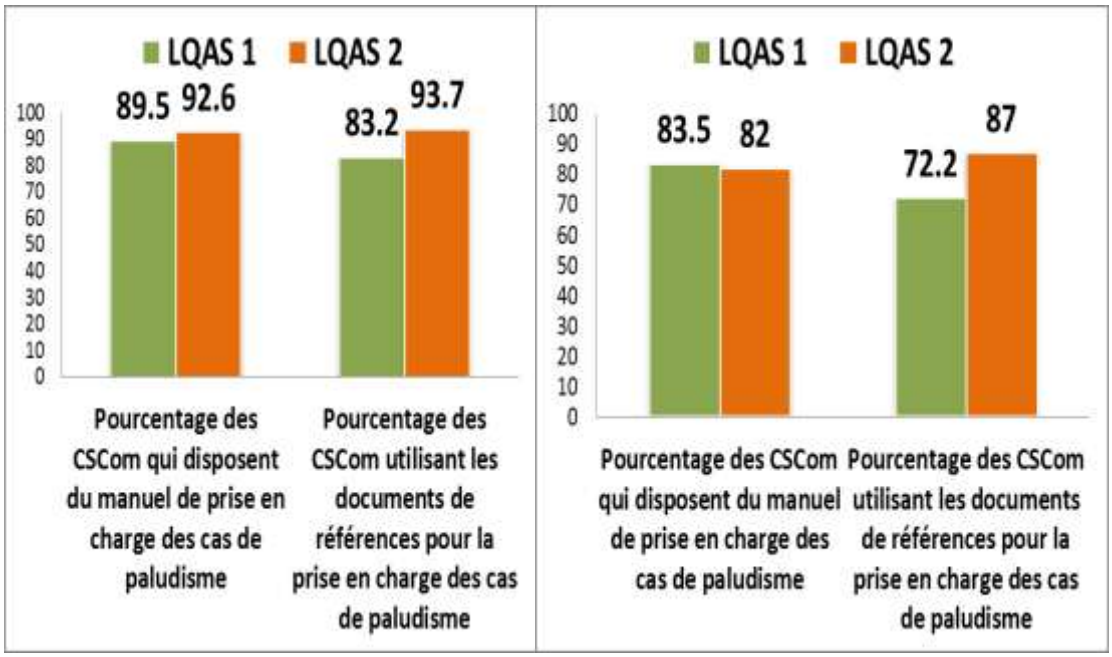
Aire de Coordination –Sud	Aire de Coordination -Centre

Les connaissances des prestataires des CSCom sur la période d'utilisation des TDR et des CTA se sont bien améliorées entre les deux sessions du LQAS. Cette bonne performance du niveau de connaissance ne doit pas occulter le fait que **7% des CSCom ne disposent pas ni des TDR ni des CTA.**

<u>Indicateur</u> 9 : Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de paludisme

<u>Indicateur 10</u> *:* Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme

Figure 5 : Evolution des indicateurs 9 et 10 de lutte contre le paludisme



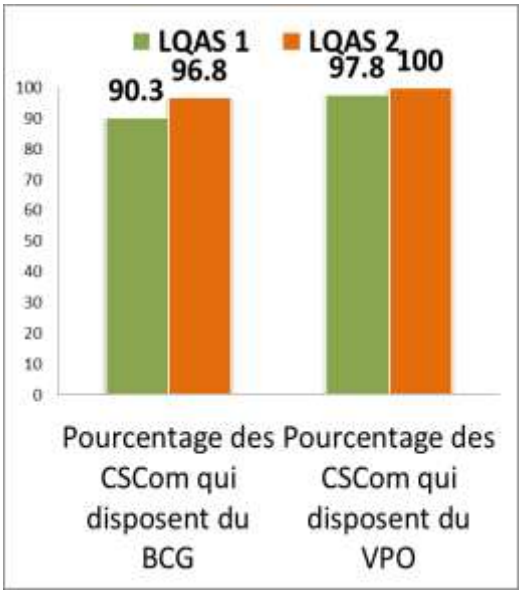
Aire de coordination sud | **Aire de coordination Centre**

L'utilisation des documents de référence développés avec la communication a aussi connu de progrès sur la période étudiée et ceci dans les deux aires de coordination Sud et Centre.

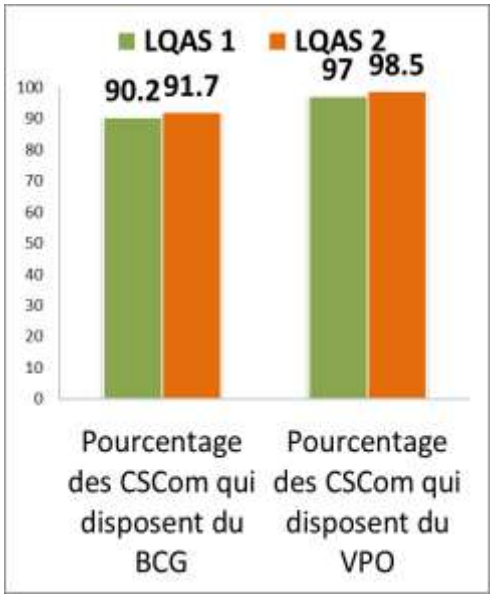
3.2.3. Vaccination

<u>Indicateur 11 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG
<u>Indicateur 13</u> : Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO

Figure 6 : Evolution des indicateurs 11 et 13 de vaccination



Aire de coordination sud

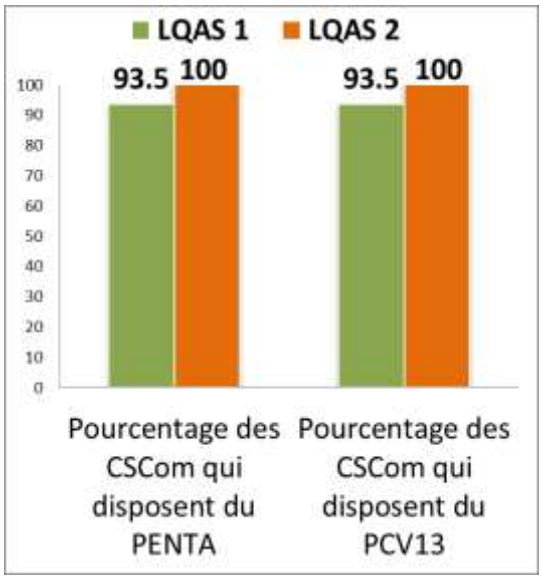


Aire de coordination Centre

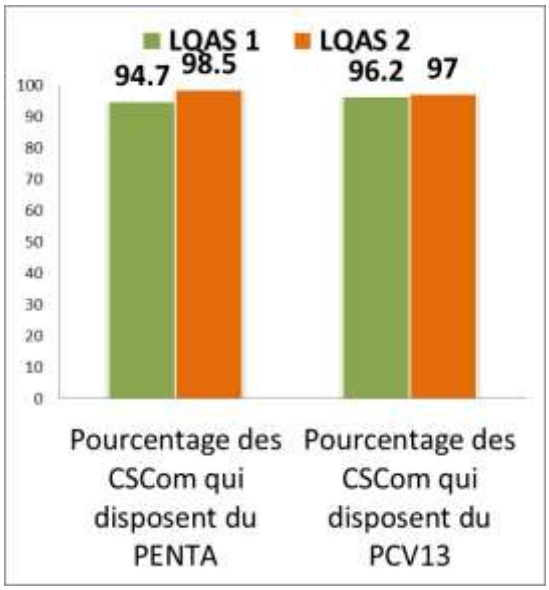
Dans l'aire de coordination Sud, tous les indicateurs de la vaccination ont considérablement évolué favorablement et sont à la limite de la perfection. Les points à améliorer concernent le BCG pour lequel 3% des CSCom doivent améliorer leur disponibilité et 7% les conditions de conservation des antigènes selon les normes requises. Dans l'aire de coordination du centre, des marges de progrès sont encore possibles, il faut donc porter une attention particulière sur ces taux de couvertures moyenne si l'on sait que l'étude n'a pas révélé de bloc sous standard sur ces indicateurs. Ces graphiques confirment les constats effectués sur la disponibilité du BCG et la conservation des vaccins dans les deux aires de coordination.

<u>Indicateur 12</u> : Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA
<u>Indicateur 14 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13

Figure 7 : Evolution des indicateurs 12 et 14 de vaccination



Aire de coordination sud

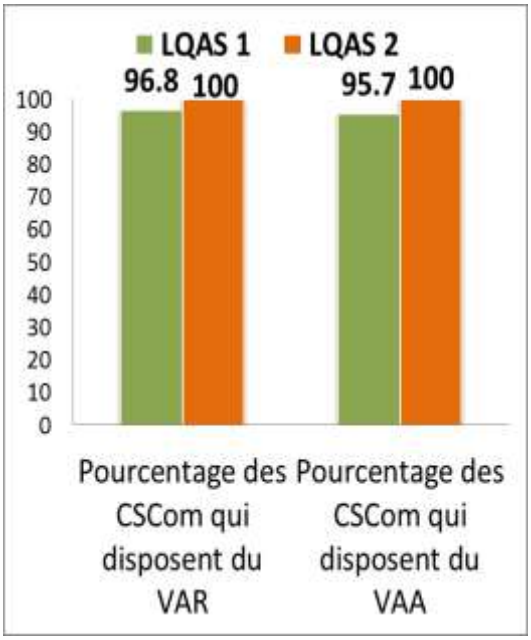


Aire de coordination Centre

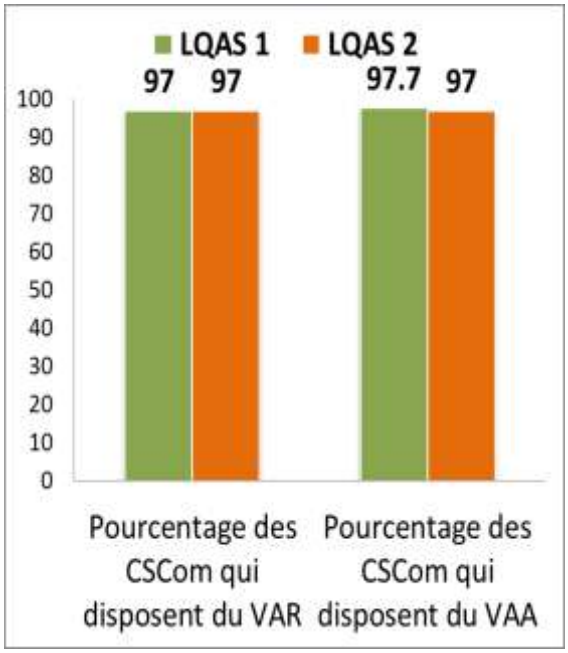
La disponibilité de ces deux antigènes est assez importante et il y même eu un augmentation de LQAS1 à LQAS 2 dans l' Aire de coordination Sud.

<u>Indicateur 15</u> : Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR
<u>Indicateur 16 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA

Figure 8 : Evolution des indicateurs 15 et 16 de vaccination



Aire de coordination sud

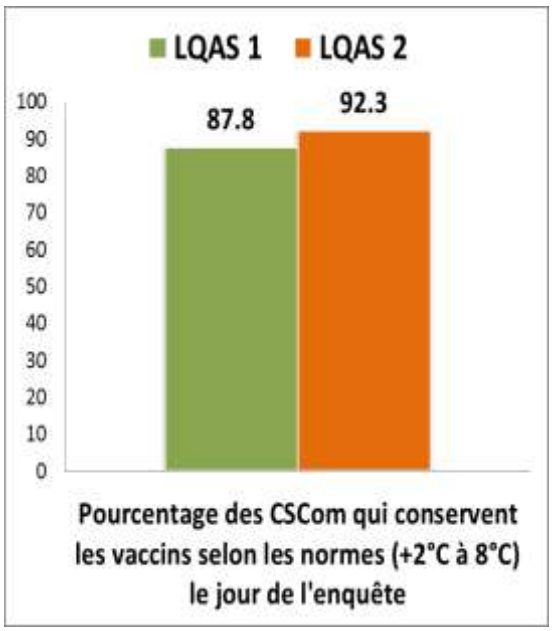


Aire de coordination Centre

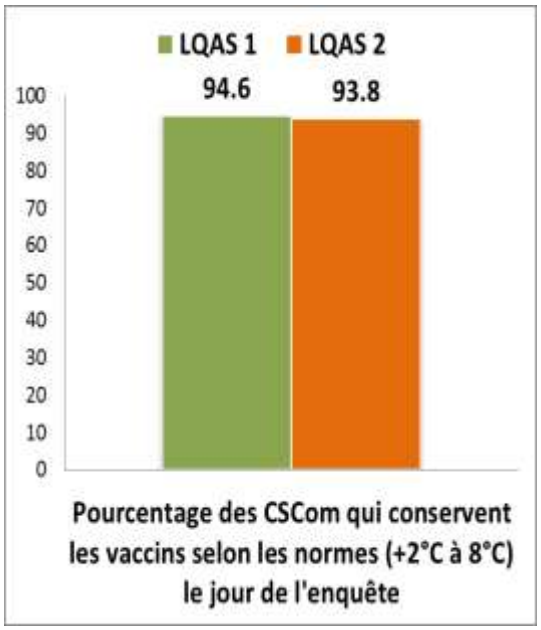
La plupart des CSCom disposent de vaccins contre la rougeole et la fièvre jaune. Le niveau de disponibilité s'est amélioré au niveau de l' Aire de coordination Sud entre les deux passages du LQAS.

<u>Indicateur 17 :</u> Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête

Figure 9 : Evolution de l'indicateur 17 de vaccination



Aire de coordination sud



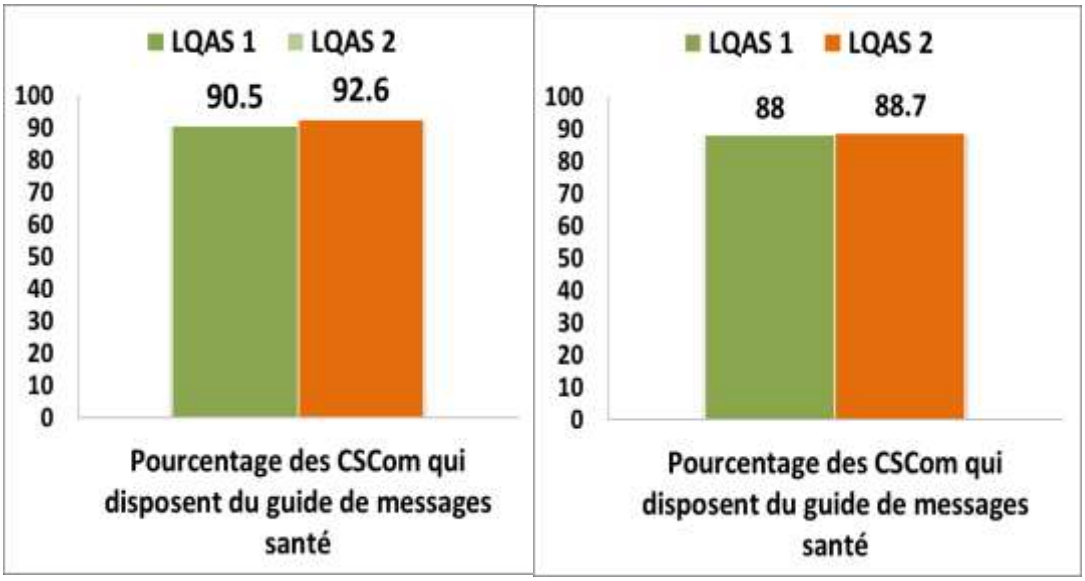
Aire de coordination Centre

Les résultats indiquent que des problèmes persistent encore au niveau de la conservation des vaccins

3.2.4. Communication

<u>Indicateur 18 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de message santé

Figure 10 : Evolution de l'indicateur 18 de communication



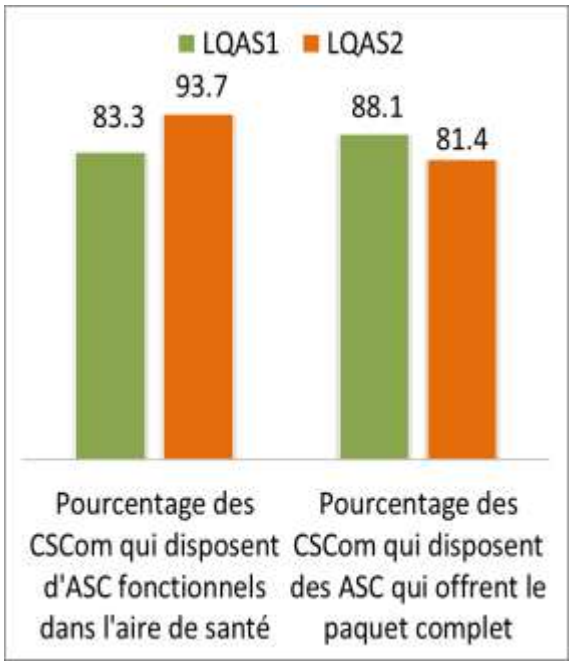
Aire de coordination sud | **Aire de coordination Centre**

La couverture moyenne des CSCom dans les blocs des deux (2) aires de coordination pour ces deux (2) documents de la communication atteint un niveau acceptable soit respectivement **92,6% et 85,3%** pour le Sud et **88,7%** et **83,5%** pour le Centre.
Les indicateurs de communication ont évolué favorablement entre les deux épisodes de l'enquête dans les deux aires de coordination. Les niveaux constatés de couverture au Sud sont plus importants que dans le centre.

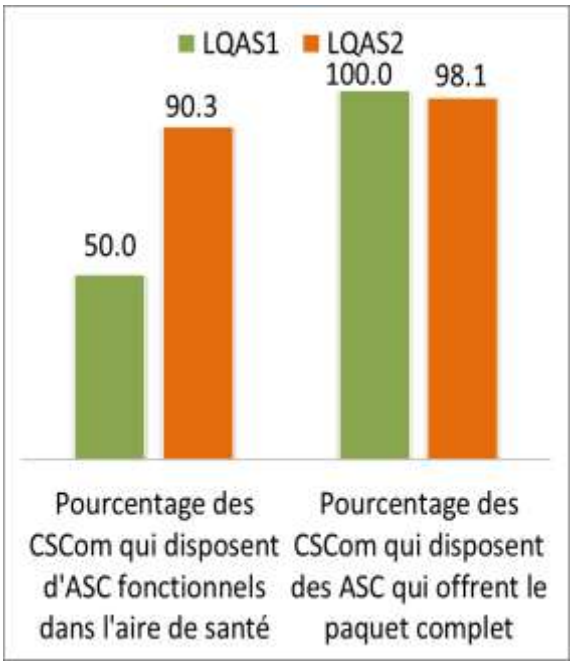
3.2.5. Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)

<u>Indicateur 19 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent d' ASC fonctionnels dans l' aire de santé
<u>Indicateur 20 :</u> Pourcentage des CSCom qui disposent d' ASC qui offrent le paquet complet

Figure 11 : Evolution des indicateurs 19 et 20 des soins essentiels dans la communauté



Aire de coordination sud

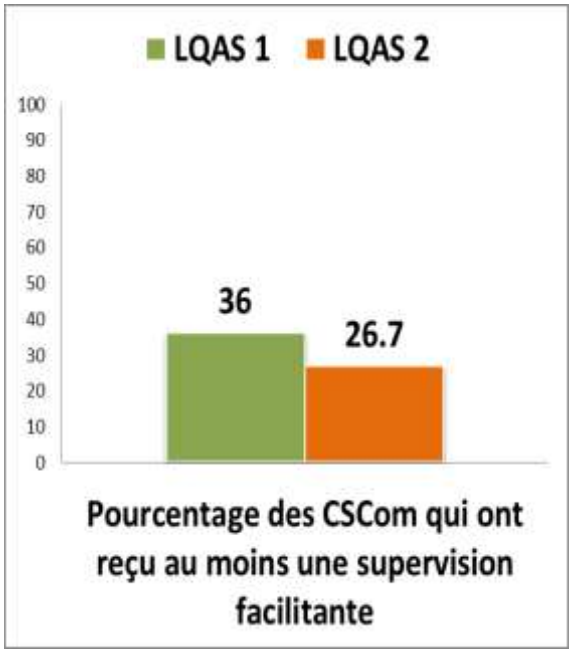


Aire de coordination Centre

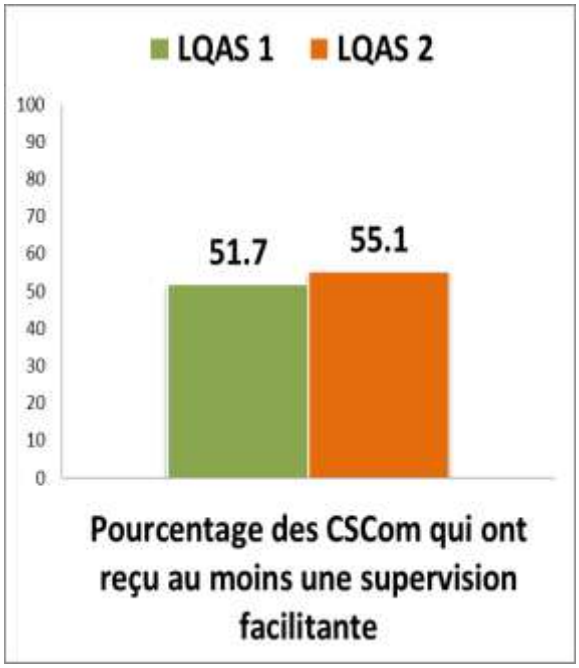
On note une augmentation du pourcentage de CSCom avec ASC fonctionnels de **83,3% à 93,7%** dans l'aire de coordination Sud avec un recul de l'offre du paquet complet qui est passé de **88,1% à 81, 4%.** Dans l'aire de coordination centre 40 points de progrès ont été enregistrés **50 à 90,3%** avec une légère diminution de l'offre du paquet complet des services. Ces changements indiquent que la **stratégie plus que jamais a besoin d'être suivie**.

Indicateur 21. Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante

Figure 12 : Evolution de l'indicateur 21 de supervision facilitante



Aire de coordination sud



Aire de coordination Centre

En que qui concerne la supervision facilitante l'aire de coordination Sud a connu un net recul **(36% à 26,7%)** indiquant que les problèmes doivent être rapidement identifiés pour éviter toute dérive de la situation dans ce domaine

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le recours à la méthodologie du LQAS pour collecter, traiter et analyser les données pour l'établissement des indicateurs de performance nécessaires au PMP de l'USAID et de ATN Plus aura démontré que ce programme dispose de capacités endogènes pour des outils d'auto évaluation de ses activités à des fins de prise de décision pour une meilleure focalisation sur les moyens d'atteindre les résultats escomptés. Cette première expérience offre aussi aux différents collaborateurs un instrument peu onéreux pour le suivi des différents programmes.

L'utilisation du LQAS comme instrument d'évaluation de la qualité de l'offre des Services de Santé à Grand Impact de l'USAID dans le contexte de ATN Plus aura permis de disposer d'informations pertinentes dans le cadre de la mise en œuvre des activités novatrices. Ce qui constitue une opportunité de renforcer le système de santé en termes de disponibilité d'autres indicateurs non collectés par la routine aux différents niveaux de la pyramide de santé et utilisables par les acteurs pour la prise de décision.

Le suivi périodique de l'évolution des niveaux de couverture permet de croiser et de trianguler les informations issues d'autres sources comme les supervisions, les enquêtes, études entre autres offrant ainsi l'occasion de les comparer pour une validation objective des résultats obtenus.

La méthode permet aussi de savoir avec un degré de précision les structures de santé qui sont moins performantes (sous standard) sur lesquelles seront basées les améliorations à effectuer dans le contexte des programmes et des politiques qui les orientent.

Sur la base des résultats présentés dans ce rapport, nous faisons les recommandations ci-après :

- Renforcer la disponibilité et l'offre des services de la GATPA ;
- Soutenir l'offre des méthodes injectables en stratégie avancée en synergie avec les ASC qui pourraient orienter les clientes vers l'offre des services ;
- Continuer l'effort de suivi pour éviter toute régression dans le futur en ce qui concerne les indicateurs relatifs au paludisme qui sont pour l'essentiel très encourageants et ne posent pas beaucoup de problèmes ;
- Soutenir les stratégies novatrices en vaccination et renforcer le suivi des CSCom des blocs moins performants tout à mettant un accent sur la conservation des vaccins notamment dans les CSCom ne disposant pas de chaîne de froid;
- Mettre un accent particulier sur la formation de toutes les Equipes Cadres de district et programmer les ressources financières nécessaires à l'exécution correcte de la supervision suivant l'approche facilitante ;

- Equiper et rendre fonctionnels les ASC déjà formés dans les aires de santé et mettre à l'échelle la stratégie avec toutes les parties prenantes.
- Utiliser cette méthodologie LQAS pour déterminer les indicateurs de base avant le lancement de tout programme ayant des indicateurs de performance
- Choisir minutieusement des indicateurs pertinents dans le Plan de Monitorage du Programme pour le suivi périodique des progrès réalisés
- Utiliser les résultats des différentes études réalisées pour la planification des activités, l'allocation des ressources et la prise de décision pour l'orientation du Programme
- Utiliser les résultats comme outil d'information et de négociation avec les décideurs, les bénéficiaires et les autres parties prenantes
- Renforcer les compétences du personnel du Ministère au niveau opérationnel pour usage du LQAS dans le cadre du suivi des PDSC.

5. ANNEXES

5.1. ANNEXE A : Tableaux complémentaires

Tableau 9 : Résultats par blocs pour l'aire de coordination Sud

INDICATEURS / BLOCS	Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du post partum	Pourcentage des CSCom qui conservent l'ocytocine selon les normes (2 et 8°c)	Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)	Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de références pour offrir les services d'accouchements	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de CPN	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de GATPA	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de PF	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de Nutrition	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme	Pourcentage des CSCom qui disposent des fiches techniques PNP/SR pour matrones	Pourcentage des CSCom qui disposent des documents PNP en SR	Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel sur la technologie Contraceptive (livre vert)	Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de palu	Pourcentage des CSCom qui disposent de la boite à images intégrées	Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé	Pourcentage des CSCom qui disposent des messages harmonisés sur la lutte contre le paludisme	Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants < 5 ans	Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants < 5 ans	Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG	Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA	Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO	Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA	Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête	Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé	Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet
C Moy (%) //RD	**98,9**	**91,5**	**72,5**	**50**	**40**	**46,3**	**65,3**	**53,7**	**62,1**	**83,2**	**42,1**	**23,2**	**47,9**	**89,5**	**81,1**	**92,5**	**64,2**	**94,7**	**94,7**	**80**	**85,3**	**90,3**	**93,5**	**97,8**	**93,5**	**96,8**	**95,7**	**87,8**	**83,3**	**88,1**
Bloc_Sud 1	19	19	19	8	6	11	14	11	15	15	11	4	6	15	14	18	9	18	18	9	19	15	16	18	15	18	18	18	19	19
Bloc_Sud 2	18	15	17	5	12	6	7	9	17	18	4	6	11	18	17	17	11	18	19	16	18	18	19	19	18	19	19	16	16	13
Bloc_Sud 3	19	17	2	1	1	0	4	4	3	10	4	4	5	16	8	13	7	19	16	19	10	17	18	18	18	17	16	11	0	0
Bloc_Sud 4	19	18	15	10	6	13	18	9	9	17	8	8	9	17	19	19	15	18	19	19	15	16	17	18	18	18	18	16	11	9
Bloc_Sud 5	19	17	5	5	13	14	19	18	15	19	13	0	14	19	19	19	19	17	18	13	19	18	17	18	18	18	18	18	14	11
Sous STD	**0**	**1**	**2**	**3**	**1**	**2**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**	**0**	**1**	**1**	**2**	**0**	**0**	**1**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**2**	**4**

Tableau 10: Résultats par blocs pour l'aire de coordination Centre

INDICATEURS / BLOCS	Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du post partum	Pourcentage des CSCom qui conservent l'ocytocine selon les normes (2 et 8°c)	Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)	Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services d'accouchements	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de references pour offrir les services de CPN	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de GATPA	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de references pour offrir les services de PF	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour offrir les services de Nutrition	Pourcentage des CSCom utilisant les documents de référence pour la prise en charge des cas de paludisme	Pourcentage des CSCom qui disposent des fiches techniques PNP/SR pour matrones	Pourcentage des CSCom qui disposent des documents PNP en SR	Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel sur la technologie Contraceptive (livre vert)	Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de palu	Pourcentage des CSCom qui disposent de la boite à images intégrées	Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé	Pourcentage des CSCom qui disposent des messages harmonisés sur la lutte contre le paludisme	Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants < 5 ans	Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA	Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants < 5 ans	Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG	Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA	Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO	Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR	Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA	Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquete	Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé	Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet
C Moy (%)	**94,7**	**90,9**	**85,4**	**58,6**	**48,1**	**43,6**	**69,9**	**42,9**	**54,1**	**72,2**	**57,9**	**55,3**	**37,1**	**83,5**	**73,7**	**87,9**	**66,2**	**91,7**	**93,9**	**94,7**	**96,9**	**90,2**	**94,7**	**96,9**	**96,2**	**96,9**	**97,7**	**94,6**	**50**	**100**
Bloc_Centre 1	19	17	17	6	9	9	13	3	8	17	9	6	1	14	11	19	19	17	16	16	18	16	18	19	18	19	19	17	0	0
Bloc_Centre 2	18	16	15	4	11	6	18	6	14	13	10	3	5	15	11	12	19	19	19	19	19	19	19	18	19	19	19	15	0	0
Bloc_Centre 3	19	13	18	9	1	2	12	3	9	13	11	11	2	15	9	19	19	18	18	19	19	16	16	17	16	17	17	17	19	19
Bloc_Centre 4	13	18	16	7	14	9	10	12	8	15	15	16	15	17	17	18	11	18	15	18	16	18	17	19	19	18	19	18	0	0
Bloc_Centre 5	19	19	11	11	17	17	16	15	16	8	14	15	13	16	17	12	10	18	19	18	19	18	18	18	18	18	18	18	0	0
Bloc_Centre 6	19	19	19	19	10	13	14	16	15	19	0	11	7	17	15	18	1	13	19	19	19	14	19	19	19	19	19	18	0	0
Bloc_Centre 7	19	19	15	9	2	2	10	2	2	11	18	11	6	17	18	19	9	19	19	17	19	19	19	19	19	19	19	19	0	0
sous STD	**1**	**1**	**2**	**3**	**2**	**2**	**2**	**3**	**1**	**2**	**1**	**2**	**2**	**0**	**3**	**2**	**3**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**6**	**6**

Tableau 11: Niveau des indicateurs de santé maternelle et planification familiale au LQAS2

Indicateurs	Aire Coordination - Sud : Koulikoro-Bamako-Kayes		Aire Coordination - Centre : Sikasso-Ségou-Mopti		Liste blocs sous standard (moins performants) Aire de coordination
	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	
Santé Maternelle et Planification Familiale					
1. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA pour la prévention des hémorragies du post-partum	**100,0**	± 0,0	**100,0**	± 0,0	AC-Centre : RAS AC-Sud : RAS
2. Pourcentages des CSCom qui offrent les services de santé en stratégie avancée (SA)	**83,1**	± 8,7	**87,0**	± 5,8	AC-Centre : **Bloc 5** (Niono, Markala AC-Sud : Bloc **5** (Kita)
3. Pourcentage des CSCom qui offrent la méthode injectable PF en stratégie avancée (SA)	**69,5**	± 11,7	**71,1**	± 8,3	AC-Centre : **Bloc 2** Koutiala, Kignan AC-Sud : **Bloc 2** (Kati, Ouélésébougou)
4. Pourcentage des CSCom qui appliquent la GATPA avec une bonne conservation de l'ocytocine (2° à 8°C)	**88,4**	± 6,4	**89,5**	± 5,2	AC –Centre : **Bloc 3** Bougouni AC –Sud : 1 (Bloc 5 (Kita)

Tableau 12: Niveau des indicateurs de Lutte contre le Paludisme au LQAS2

Indicateurs	Aire Coordination - Sud : Koulikoro-Bamako-Kayes		Aire Coordination - Centre : Sikasso-Ségou-Mopti		Liste blocs sous standard (moins performants) Aire de coordination
	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	
Lutte contre le Paludisme					
5. Pourcentage des CSCom qui disposent des TDR (Test de diagnostic rapide)	**92,6**	**5,3**	**97,0**	**2,9**	*AC. Sud:* ***Bloc 2*** (Kati, Ouélésséboungou) *AC. Centre : RAS*
6. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les TDR chez les enfants < 5 ans	**100,0**	**0,0**	**99,2**	**1,5**	*AC Sud :* ***Bloc 2*** (Kati, Ouélésséboungou) *A C Centre :* ***Bloc1*** (Sikasso, Kadiolo)
7. Pourcentage des CSCom qui disposent des CTA	**92,6**	**5,3**	**91,7**	**4,7**	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
8. Pourcentage des CSCom qui connaissent quand utiliser les CTA chez les enfants < 5 ans	**100,0**	**0,0**	**100,0**	**0,0**	*AC. sud : RAS* *AC Centre : RAS*
9. Pourcentage des CSCom qui disposent du manuel de prise en charge des cas de paludisme	**92,6**	**5,3**	**82,0**	**5,3**	*AC .Sud : RAS* *AC. centre :* ***Bloc 3*** (Bougouni), ***Bloc 6*** (Mopti, Ténekou)
10. Pourcentage des CSCom utilisant les documents de références pour la prise en charge des cas de paludisme	**93,7**	**4,9**	**87,0**	**4,9**	*AC. Sud : RAS* *AC. centre :* ***Bloc 3*** (Bougouni), ***Bloc 6*** (Mopti, Ténekou)

Tableau 13: Niveau des indicateurs de Vaccination au LQAS2

Indicateurs	Aire Coordination - Sud : Koulikoro-Bamako-Kayes		Aire Coordination - Centre : Sikasso-Ségou-Mopti		Liste blocs sous standard (moins performants) Aire de coordination
	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	
Vaccination					
11. Pourcentage des CSCom qui disposent du BCG	96,8	3,5	91,7	3,5	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
12. Pourcentage des CSCom qui disposent du PENTA	100,0	0,0	98,5	0,0	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
13. Pourcentage des CSCom qui disposent du VPO	100,0	0,0	98,5	0,0	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
14. Pourcentage des CSCom qui disposent du PCV13	100,0	0,0	97,0	0,0	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
15. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAR	100,0	0,0	97,0	0,0	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
16. Pourcentage des CSCom qui disposent du VAA	100,0	0,0	97,0	0,0	*AC. sud : RAS* *AC. centre : RAS*
17. Pourcentage des CSCom qui conservent les vaccins selon les normes (+2°C à 8°C) le jour de l'enquête	92,3	5,5	93,8	5,5	*AC. sud : Bloc 3* (6 communes du District de Bamako) *AC. centre : RAS*

Tableau 14: Niveau des indicateurs de Communication, Soins Essentiels dans la communauté et Supervision facilitante au LQAS2

Indicateurs	Aire Coordination -Sud : Koulikoro-Bamako-Kayes		Aire Coordination -Centre : Sikasso-Ségou-Mopti		Liste blocs sous standard (moins performants) Aire de coordination
	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	Couverture Moyenne (%)	IC 95%	
Communication, Soins Essentiels dans la Communauté et Supervision facilitante					
11. Pourcentage des CSCom qui disposent du guide de messages santé	**92,6**	5,3	**88,7**	5,4	*AC. sud :* ***Bloc 3*** *(Communes du district de Bamako)*
12. Pourcentage des CSCom qui disposent d'ASC fonctionnels dans l'aire de santé	**93,7**	6,0	90,3	6,0	*AC. sud :* ***Bloc 5*** *(Kita)* *AC. centre :* ***Bloc 1*** *(Sikasso, Kadiolo)*
13. Pourcentage des CSCom qui disposent des ASC qui offrent le paquet complet	**81,4**	9,9	98,1	9,9	*AC. sud :* ***Bloc 1*** *(Koulikoro, Fana et Dioila)* *AC. centre : RAS*
14. Pourcentage des CSCom qui ont reçu au moins une supervision facilitante	**26,7**	9,4	55,1	9,4	*AC. sud :* ***Bloc 2*** *(Kati, Ouéléssébougou)* ***Bloc 5*** *(Kita)* *AC. centre :* ***Bloc 6*** *(Mopti, Tenenkou)*

5.2. ANNEXE B : Les participants au processus du LQAS/ATN Plus

ATN Plus au niveau central	**Lisa Nichols**, **Timothée Gandaho, Cheick HT Simpara**, **Ibrahima Dolo, Baba Coulibaly**, **Boubacar Guindo**, **Abdourhamane Maïga**, **Haleïmatou Maïga, Arkia Doucouré Diallo**, **Ramata Konaté Fomba**, **Magara Doumbia**, **Djenam Jacob**, **Oumar Thiero**, **Aljaouja Maïga**, **Oumou Traoré**, **Fatoumata Coulibaly**, **Fatimata Ouattara**, **Yann Derriennic**, **Lara Hensley .**
Partenaires au niveau central	**Dr Cheick Touré, Moctar Traoré, Pierre-Marie Metangmo, Laura Hurley, Dr Mamdou Namory Traoré, Nangouro SANOGO, Dr Demba Traoré, Dr Sidy Oumar Touré, Dr Mamoutou Diabaté.**
ATN Plus au niveau régional	**Mahmoud Ag Inorène**, **Boubacar Traoré**, **Ousmane Ibrahim Diabaté**, **Kati Dolo**, **Mahmoud Hamattal.**
Partenaires au niveau régional	**DRS des régions : Dr Moussa Yattara, Dr Seybou Guindo, Feu Dr Sodjougo Témé, Dr Aguissa Maïga, Dr Alassane Balobo Dicko, Dr Fanta Siby, Dr Mama Koumaré, tous les chargés SIS des DRS.**
ATN Plus au niveau District : les Conseillers de District (CD)	**Harouna Adamou Cissé**, CD Niono ; **Yacouba Magassouba**, CD Ségou ; **Dr. Mahamane Albassindié Harber TANDINA**, CD Dioila ; **Fousseyni Diarra**, CD Sikasso ; **Mohamed Elmehdi Ag MOHAMED ALI**, CD Kignan ; **Oumar Cissé**, CD Ouéléssebougou ; **Sangaré Fatoumata Sidibé**, CD Commune III, IV ; **Oumar Bocoum**, CD Commune VI ; **Sidy El Moctar Touré**, CD Fana ; **Abdoulaye Koungoulba**, CD Koulikoro ; **Soumaila Diamoye**, CD Bougouni ; **Abdalla Diallo**, CD Kayes ; **Issa Diarra**, CD Bandiagara ; **Idrissa Sanou**, CD Ténenkou ; **Djenebou Traoré**, CD Commune V ; **Abdoulaye Cissé**, CD Kita ; **Bakary Tienta**, CD Mopti ; **Abdourhamane Diallo**, CD Commune I, II ; **Albachar Abdourhamane**, CD Koutiala ; **Mamari Boncana Saloum TOURE**, CD Kati ; **Moussa Dao**, CD Bankass ; **Oumarou Traoré**, CD San ; **Yaya bina Coulibaly**, CD Kadiolo ; **Moussa maiga**, CD Markala, **Cheick Madani Coulibaly**, **Dr Drissa Sanogo**, **Ibrahim Dicko.**
Partenaires au niveau district	Tous les **Médecins chefs et chargés SIS** des 36 districts d'intervention de l'USAID. Tout le **personnel** et **ASACO** des CSCom des 36 districts d'intervention de l'USAID.

5.3. ANNEXE C : Bibliographie

Joseph J. Valadez, PhD, MPH, ScD ; William Weiss, DrPH, MA ; Corey Leburg, MHS ; Robb Davis, PhD, MPH. Utilisation de la méthode LQAS pour les enquêtes de base et le suivi régulier. *TALC (Teaching-aids At Low Cost), Edition francaise 2007.* www.talcuk.org

Lanata CF. Balck RE. Lot quality assurance sampling techniques in health surveys in developing countries: advantages and current constraints. *World Health Statistics Quarterly.* 1991, 44:133-139

Lemeshow S. Stroh G. Lot quality assurance sampling for evaluating health parameters in developing countries. *Survey Methodology*. 1989, 15: 71-81

Lemeshow S. Taber S. Lot quality assurance sampling: single and double sampling plans: *World Health Statistics Quarterly*. 1991. 44: 115-132

Monitoring immunization services using the lot quality techniques; Geneva; World Health Organization. 1996 (unpublished document WHO/VRD/96.01; AVAILABLE FROM Vaccines and Biologicals. World Health Organization. 1211 geneva 27. Switzerland.

Robertson SE et al. The lot quality technique: a global review of applications in the assessment of health services and disease surveillance. *World Health Statistics Quarterly*. 1997; 50: 199-209