



NOM DU PROGRAMME: Appui multisectoriel aux populations vulnérables et affectées par les crises dans la région de Mopti au Mali

LOCATION: District Sanitaire de Ténenkou, Région de Mopti, Mali

DATES D'INVESTIGATION : Du 24 Avril au 7 Mai 2018

AUTEUR: Issiaka Traore – Josiane Andrianarisoa

TYPE D'INVESTIGATION: Semi Quantitative Evaluation Access and Coverage (SQUEAC)

TYPE DE PROGRAMME: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)

BAILLEUR: ECHO

SOMMAIRE

ACRONYMES	3
REMERCIEMENTS.....	4
RESUME	5
1. OBJECTIFS	6
1.1. Objectif principal	6
1.2. Objectifs secondaires :	6
2. CONTEXTE/JUSTIFICATION.....	6
2.1. Introduction	6
2.2. Présentation de la zone et de la population d'étude.....	7
2.3. Situation nutritionnelle	8
2.4. Description du système de santé et de la PCIMA.....	8
3. PROCESSUS DE L'ENQUETE	9
3.1. Etape 1.....	9
3.2. Etape 2.....	9
3.3. Etape 3.....	9
4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	9
4.1. Formation de l'équipe	9
4.2. Considérations éthiques	9
4.3. Limites attendues.....	9
5. RESULTATS.....	10
5.1. Etape 1 : Probabilité à Priori.....	10
5.1.1. Analyse des données de routine du programme (20 CSCom+ 1 CSRef).....	10
5.1.1.a. Admissions au niveau des URENAS	10
5.1.1. b. Admissions au niveau de l'URENI	11
5.1.1.c. Rapport du nombre de MAS avec et sans complications.....	11
5.1.2. Données qualitatives	17
5.2.Etape 2.....	20
5.3. Etape 3.....	22
6. DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	25
7. PLAN D'ACTION	27
8. ANNEXES.....	29

ACRONYMES

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASACO	Association de Santé Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'emploi
BBQ	Barrières, Boosters et Questions
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
DN	Division Nutrition
DNS	Direction Nationale de la Santé
DS	District Sanitaire
ERD	Economic Relance and Development (Relance et Développement Economique)
FAP	Femme en âge de procréer
GSAN	Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition
IRC	International Rescue Committee
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MASc+	Malnutrition Aigüe Sévère avec Complication
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
P/T	Poids/Taille
RC	Relais Communautaire
SA	Stratégie avancée
SMART	Standardized Monitoring for Relief and Transition
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
VBG	Violence Basée sur le Genre
WASH	Water And Sanitation Hygiene

REMERCIEMENTS

International Rescue Committee (IRC) adresse ses remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête :

- A la Direction Générale d'ECHO pour leur soutien financier
- Au Ministère de la Santé, à la Division Nationale de la Nutrition (DN), à la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Mopti, au District Sanitaire (DS) de Ténenkou, aux personnels des formations sanitaires pour leur disponibilité, leur participation et leur vif intérêt
- Aux autorités administratives et locales du DS de Ténenkou ainsi que toute la population pour leur accueil et leur collaboration
- Aux Associations de Santé Communautaires (ASACO) et aux relais communautaires pour leur collaboration et leur participation active
- A l'équipe IRC de Ténenkou et de Bamako pour leur appui à la réalisation de cette investigation

Et bien sûr à toutes les personnes qui ont répondu aux questions en particulier aux habitants des villages inclus dans cette investigation.

RESUME

IRC intervient au Mali dans les domaines de la santé/nutrition, l'Eau, l'Hygiène et l'assainissement (EHA), la protection, l'éducation, les Violences Basées sur le Genre (VBG), et la Relance et Développement Economique (ERD) depuis 2012 suite à la crise politico-sécuritaire dans le Nord du pays. Dans le domaine de la santé et nutrition, IRC a débuté son action dans le district sanitaire (DS) de Ténenkou, région de Mopti, en Novembre 2016 avec la mise en place d'un programme d'appui à la réduction de la morbidité et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Le programme couvre l'ensemble des 20 centres de santé et le 1 centre de référence DS soit un total de 384 villages et 221.606 habitants.

Afin de disposer d'une base de référence sur l'impact de l'appui apporté au DS ainsi que de réorienter les stratégies d'intervention, IRC en partenariat avec le DS a réalisé cette première enquête de couverture selon la méthode SQUEAC du 24 avril au 7 mai 2018 dans le DS de Ténenkou.

Les résultats de l'enquête indiquent un **taux de couverture unique de 44.7% (IC a 95% : 36.3%-53.6%)**. Le taux de couverture unique a été calculé en utilisant comme numérateur (40) le nombre total de cas MAS (en état MAS et en phase de guérison MAS) enrôlé dans le programme URENAS, et comme dénominateur le nombre total de cas MAS trouvés (60) (cas enrôlés dans le programme, cas non dans le programme et cas en phase de guérison MAS). Ce taux bien qu'au-dessous des standards recommandés de 50% en milieu rural, se situe au-dessus de la moyenne nationale 22.3% (16,7% - 27,6%) et au-dessus de la moyenne de la région de Mopti de 12,8% (7,1% - 18,8%)¹.

L'enquête a également permis de mettre en évidence les barrières à l'accès et la participation au programme et d'élaborer un plan d'action pour améliorer l'accès aux soins. Après les différentes investigations, les principales barrières relevées sont :

- la faible mobilisation communautaire pour les actions de sensibilisation et de dépistage de routine
- distance/coût opportunité élevé
- le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes)
- la faible utilisation des services de santé maternelle (consultations pré et post-natales, accouchements médicalement assistés) qui sont des points d'entrées importants pour la sensibilisation des femmes sur la santé et nutrition de l'enfant
- le manque de disponibilité des mères en raison de la charge important de travail des femmes (la collecte de l'eau potable toute l'année et pendant l'hivernage les travaux champêtres).
- la faible implication des acteurs locaux dans la prévention et traitement de la malnutrition
- la forte fréquentation des centres de santé les jours de prise en charge qui correspondent également aux jours hebdomadaires de foire.

Les principales recommandations de l'enquête portent sur :

Au niveau communautaire :

- Intensifier la couverture de l'approche PB mères pour multiplier les opportunités de dépistage de manière pérenne
- S'appuyer sur les groupes et les canaux de communications existants au sein des communautés pour la diffusion des messages (groupes de jeunes, groupes de femmes, groupes de leaders communautaires et religieux)
- Mettre en place un système de suivi et monitoring régulier des activités de mobilisation communautaire pour chaque village (incluant les informations sur les activités des relais et du PB mère)
- Développer à plus grande échelle les programmes de prise en charge de la malnutrition sévère au niveau communautaire par les Agents de Santé Communautaires
- Planifier l'approche stratégie avancée pour la PCIMA en période de pic de malnutrition pour les zones les plus reculées et difficile d'accès

¹ SLEAC nationale juin 2014, UNICEF- Direction de la nutrition – CMN.

- Initier un cadre de concertation formel entre les différents acteurs du DS pour améliorer la coordination des activités nutrition

Au niveau des CCom :

- Piloter l'approche du protocole simplifié pour le traitement de la malnutrition modérée et sévère
- Développer l'approche CMAM surge pour une meilleure planification de ressources notamment les intrants nutritionnels selon les besoins réels
- Réviser l'organisation et la planification des activités des CCom en lien avec la forte fréquentation des CComs les jours de foire.

Au niveau District :

- Planifier une enquête ANJE pour mieux évaluer les barrières à l'adoption des pratiques ANJE recommandées et les possibles pistes de réflexion.
- Responsabiliser le DS dans l'organisation du dépistage lors des campagnes CPSe ou autre campagne de vaccination

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité aux services de prise en charge de la malnutrition des enfants de 6- 59 mois dans le DS de Ténenkou au moyen d'une évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

1.2. Objectifs secondaires :

1. Réaliser une analyse approfondie des données et des indicateurs du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
2. Identifier les barrières à l'accessibilité du service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
3. Identifier les forces du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
4. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans la zone d'intervention
5. Evaluer la couverture de la zone cible
6. Émettre des recommandations spécifiques pour améliorer l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
7. Renforcer les capacités du personnel et des partenaires

2. CONTEXTE/JUSTIFICATION

2.1. Introduction

Cette investigation entre dans le cadre du projet d'appui à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans le DS de Ténenkou mis en œuvre par International Rescue Committee (IRC) sous financement ECHO. La réalisation de cette enquête SQUEAC permettra, en identifiant les barrières à l'accès et à la participation ainsi que les points forts du programme, de déterminer l'impact réel du projet et d'émettre des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture et l'efficacité du programme.

2.2. Présentation de la zone et de la population d'étude

Le cercle de Ténenkou fait partie des huit (8) cercles qui composent la Région de Mopti au centre du Mali et est limitrophe avec les cercles de Youwarou au Nord, Mopti à l'Est, Niono (région de Ségou) à l'ouest, Léré-Niafounké (région de Tombouctou) et la Mauritanie au Nord-Ouest. Le chef-lieu du cercle de Ténenkou se situe à 120 km au Nord-Ouest de la ville de Mopti par voie routière. La population du cercle est estimée à 221.606 habitants repartis en dix communes rurales : Ténenkou, Toguéré Kotia, Ouro Guire, Toguéré Coumbe, Ouro Ardo, Diondiori, Diafarabé, Diaka, Sougoulbe et Kareri. La population du cercle se compose à majorité de peulhs (45%) (éleveurs), de Bambara (20%) (éleveurs, agriculteurs), de Bèla (10%) (sédentaires agriculteurs) et de Bozo (25%) (pêcheurs).

Le climat est de type sahélien avec une courte saison des pluies de 3 mois (juillet-septembre). Les principales activités économiques sont l'agriculture (mil/riz), suivie de l'élevage et de la pêche. La situation géographique du cercle avec la présence du fleuve Niger et plusieurs mares et lacs, rend la zone inondable avec un accès routier seulement possible de mars à juillet et un accès fluvial d'août à février. En 2018, la sécurité alimentaire des populations les plus vulnérables du DS s'est dégradée du fait de la mauvaise saison agricole (juin 2017-février 2018) en raison d'une répartition des pluies inégale dans le temps et dans l'espace. La production agricole a baissé de 30% comparativement à une année normale avec une réduction des stocks vivriers estimée de 2-4 mois². Cette situation a entraîné une baisse des revenus des ménages pour les biens alimentaires et non alimentaires comme pour les déplacements. Au moment de l'enquête, (mai 2018) les ménages étaient considérés sous stress et dépendaient principalement des marchés, sans que les répercussions sur les admissions MAS ne soient encore notables.

Le cercle de Ténenkou reste une zone de forte instabilité du fait de la présence des nombreuses « *katibas* » (unités de combattants) affiliées aux mouvances radicales, de la recrudescence des interventions militaires des forces armées dont l'objectif est la sécurisation/stabilisation du centre du pays. De plus, les conflits intercommunautaires récurrents entre agriculteurs et éleveurs depuis février 2017 sont exacerbés par l'absence de l'Etat qui lorsqu'il est présent est jugé trop fréquemment partial. Depuis le 1er Février 2018, la restriction de l'utilisation des motos instaurée par le Chef d'état-major des armées a impacté grandement sur le pouvoir d'achat des ménages. Les pêcheurs ne peuvent plus se déplacer et vendre le poisson frais. Ils doivent désormais le sécher et leur prix de vente est bien inférieur à du poisson frais. Les éleveurs et agriculteurs ont aussi vu leur mobilité réduite et leurs opportunités de commerces diminuer. Concernant l'accès aux centres de santé pour les femmes et les enfants, aucune baisse significative n'a été enregistrée, les femmes se déplaçant généralement à pieds ou en charrette.

En raison de l'insécurité dans certaines zones du DS au moment de l'enquête, 4 aires de santé (Toguere, Wallo, Kadiak, Ourongui) ont été exclues de la phase d'enquête terrain. En revanche, l'ensemble des données des 20 aires de santé ont été prises en compte dans l'analyse préliminaire des données.

Figure 1 : Carte sanitaire du DS de Ténenkou

² Evaluation moyens existence IRC , octobre 2017

3. PROCESSUS DE L'ENQUETE

L'investigation SQUEAC a été menée en 3 étapes :

3.1. Etape 1

Cette étape correspond à l'identification des zones de couverture « faible » ou « élevée » et des barrières à l'accessibilité par l'analyse des données de routine et des données individuelles des bénéficiaires admis dans le programme depuis Octobre 2016 jusqu'à Mars 2018. Ces données ont été complétées par des données qualitatives collectées au cours des entretiens individuels et des groupes de discussion auprès des personnes impliquées de façon directe ou indirecte dans le programme (bénéficiaires, personnels soignants, leaders communautaires ...). Cette étape de l'investigation a permis d'identifier les facteurs influençant la couverture et d'aboutir à la formulation d'hypothèses des zones de couverture « faible » ou « élevée ».

3.2. Etape 2

La vérification des hypothèses dans les zones de couverture en réalisant des enquêtes dans les petites zones. Dans les villages qui ont été sélectionnés, l'enquête a permis de recenser le nombre total de cas de MAS de la zone et d'estimer le nombre de cas pris en charge par le programme de nutrition du DS.

3.3. Etape 3

C'est l'étape d'estimation de la couverture globale. Les données collectées ont été consignées à l'aide de l'outil « Barrières-Boosters- Questions » (BBQ). L'estimation de la couverture globale du programme a été faite par l'analyse des facteurs influençant la couverture, des données de l'étape 1 et 2 et des données d'une enquête réalisée dans l'ensemble du DS (enquête sur grande zone).

4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

4.1. Formation de l'équipe

L'investigation s'est déroulée du 24 avril 2016 au 7 mai 2018. L'équipe d'investigation était constituée de 19 personnes : 13 enquêteurs externes, 6 agents d'IRC et 2 agents du DS de Ténenkou (le point focal nutrition et le point focal PEV). L'équipe a été formée pendant 3 jours.

4.2. Considérations éthiques

Le consentement oral des participants a été obtenu avant leur participation à l'étude. Les données ont été collectées en respectant la confidentialité. Cette investigation ne comportait aucun risque pour les participants. Chaque ménage a été libre de refuser de participer à l'étude à tout moment. Un transfert à l'URENAS le plus proche a été proposé à tout enfant dépisté MAS. Chacune des familles a été informée de la gratuité de la prise en charge.

4.3. Limites attendues

Concernant l'analyse des données de routine, la qualité et la complétude des données collectées dans les registres et fiches individuelles des enfants admis dans le programme pourraient influencer les résultats

Concernant la phase d'enquête sur le terrain seulement 16 des 20 aires de santé ont pu être enquêtées et ce en raison de la situation d'insécurité dans ces zones limitant l'accès aux équipes d'investigation. Par conséquent certaines données sur l'accès aux soins dans ces zones ne sont pas prises en compte et ne permettent pas de donner une image globale du DS. Certains biais ont également pu être induits lors de la prise des mesures anthropométriques (MUAC) ou lors de la détermination de l'âge des enfants à l'aide du calendrier des événements. De plus en raison de non disponibilité de carte fiable et complète du DS, la méthodologie de choix aléatoire des villages à partir de la liste la plus récente des villages du DS a été

préférée. Cependant, avec la dernière liste datant de 2016, il est possible que certains villages existants en 2018 n'aient pas été inclus.

5. RESULTATS

5.1. Etape 1 : Probabilité à Priori

L'étape 1 a permis d'identifier des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible. L'analyse des données de routine du programme, des données complémentaires collectées dans les URENAS ainsi que l'analyse des données qualitatives collectées auprès des bénéficiaires, des membres de la communauté et du personnel de santé ont pour objectif d'identifier des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible.

5.1.1. Analyse des données de routine du programme (20 CSCCom+ 1 CSRef)

5.1.1.a. Admissions au niveau des URENAS

De novembre 2016 à mars 2018, 4.869 enfants MAS sans complication médicale ont été admis dans les URENAS soit une moyenne de 287 enfants par mois. Concernant les enfants MAS avec complications médicales, 686 enfants ont été admis à URENI soit une moyenne 85 enfant par mois.

Le programme d'appui par IRC a démarré en novembre 2016 mais les activités communautaires uniquement en février 2017 à la signature du protocole d'accord entre IRC et le DS de Ténenkou. L'intégralité des CSCCom (20) a été couverte à partir de février 2017 après la signature de la convention de partenariat. Suite à cet élargissement de couverture géographique, une augmentation des admissions a été observée à partir d'avril 2017 avec un pic au mois de mai ce qui correspond à la situation normale rencontrée lors de toute ouverture ou extension de programme nutritionnel. En lien avec le calendrier des événements saisonniers, entre juin à septembre 2017, l'augmentation des admissions correspond à la saison des pluies (période hivernale) où les maladies diarrhéiques sont fréquentes dû à la contamination des sources d'eau en raison de la montée des eaux dans les puits. La stagnation des admissions à un niveau élevé entre septembre et octobre 2017 correspond au pic de paludisme et des infections respiratoires dans la zone.

Figure 2: Evolution des admissions au niveau des URENAS (nov. 2016 - mars 2018)

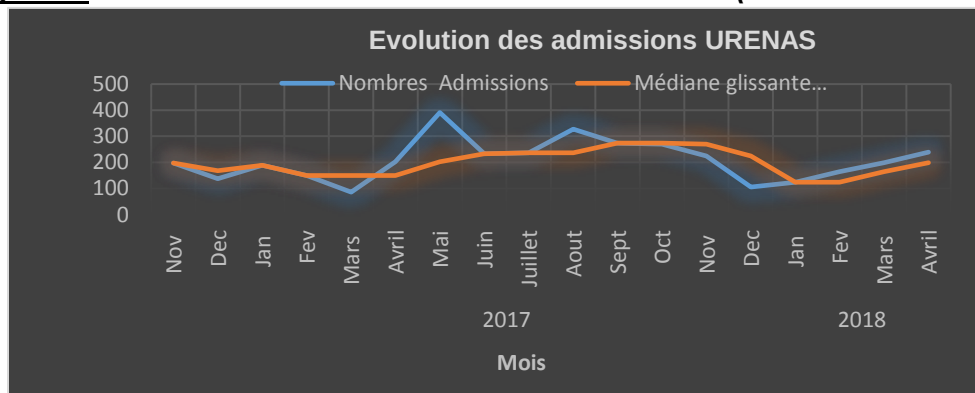
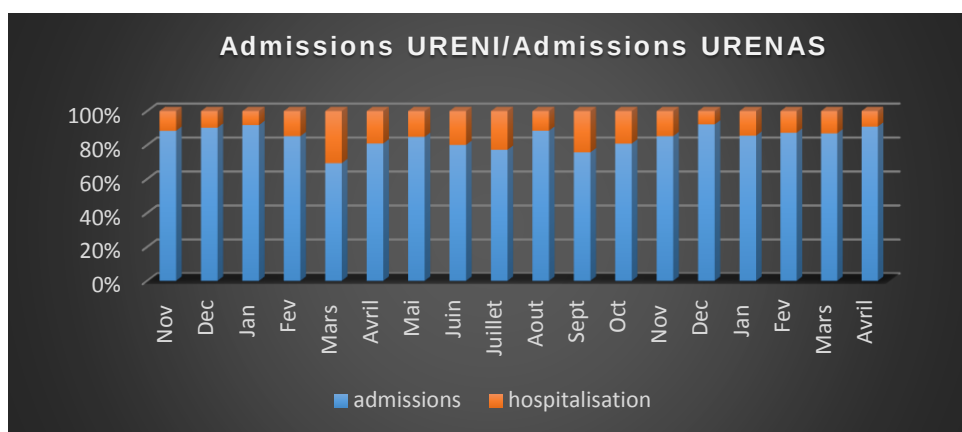


Tableau 3 : Calendrier saisonnier

	Jan	Fév.	Mars	April	Mai	Juin	Juill.	Aout	Sept	Oct.	Nov.	Déc.
Saison des pluies												
Vents poussiéreux												
Période de crue (eau rentre)												
Stagnation de l'eau/digue dans la ville de Ténenkou												

Figure 4: Admissions MAS avec complications et MAS sans complication (nov. 2016 - mars 2018)



5.1.1.d. Analyse des données sur la population 6-59 mois et le nombre d'admissions URENAS

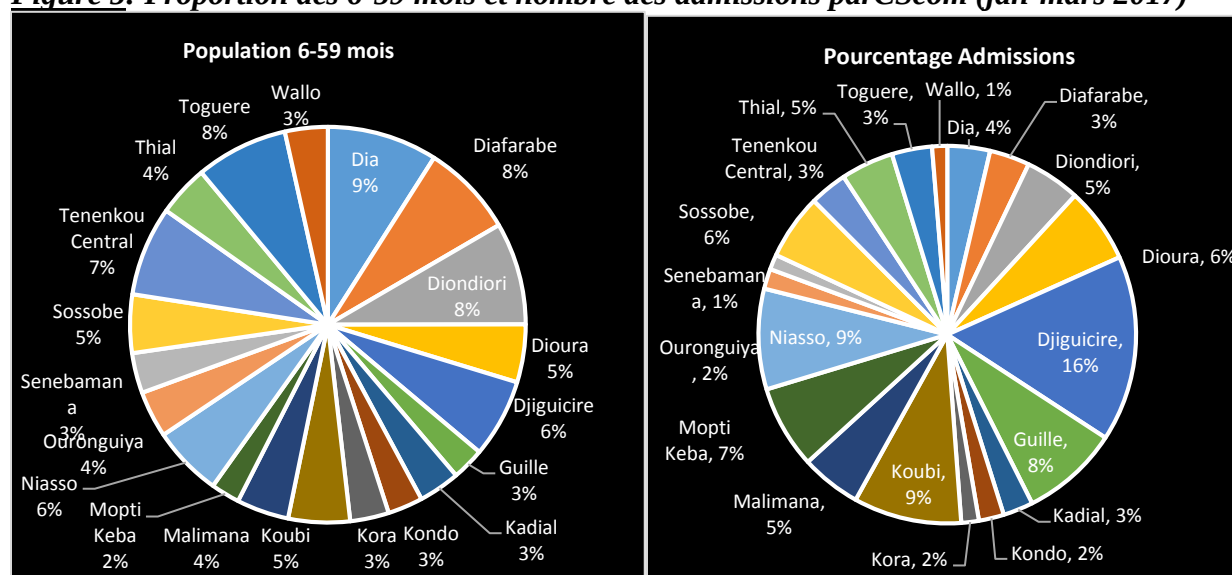
En comparant les proportions de populations de 6-59 mois des aires de santé et le nombre d'enfants admis dans le programme (figure 5), les CSCoM (rattachés à une aire de santé) peuvent être classés en trois catégories :

- Catégorie 1: une hypothèse de couverture moyenne pour les CSCoM dont la proportion de 6-59 mois est équivalente à celle des enfants admis aux URENAS.
- Catégorie 2: une hypothèse de couverture faible pour les CSCoM qui ont reçu « moins » d'enfants admis que les cas attendus.
- Catégorie 3: une hypothèse de couverture élevée pour les CSCoM qui ont reçu « plus » d'admissions que les cas attendus.

Les taux d'admissions par rapport aux chiffres de populations des aires de santé sont faibles dans les CSCoM de : Dia, Diafarabe, Toguere, Kadiat, Tenenkou. Différents facteurs peuvent expliquer cela, d'une part la position géographique de ces aires de santé proche du fleuve et dont l'accessibilité est réduite en période hivernale lors de la montée des eaux et d'autre part l'insuffisance de dépistage et de sensibilisation communautaire au vu de la faible implication des relais communautaire du fait de leur mobilité importante en lien avec leur activité professionnelle (éleveurs- pêcheurs qui se déplacent).

Le tableau 2 (page 16) résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par CSCoM.

Figure 5: Proportion des 6-59 mois et nombre des admissions par CScCom (jan-mars 2017)

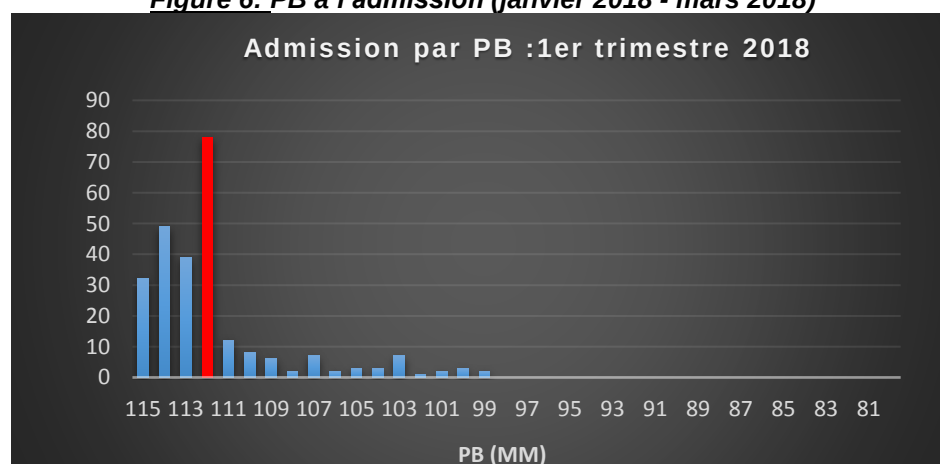


5.1.1.e. Analyse du Périmètre Brachial (PB) à l'admission

L'analyse de la médiane des PB à l'admission permet d'évaluer la précocité ou non de la prise en charge des enfants. L'analyse est faite par CScCom et permet de classer chaque CScCom selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée (plus le PB est proche de 114 et plus la couverture devrait être élevée car cela indique que la détection/référence communautaire se fait à temps, et plus le PB est inférieur à 114, plus la couverture devrait être faible). Une analyse basée sur le PB permet de classer les CScCom en 3 catégories (voir tableau 2 (page 16)).

La valeur médiane du PB à l'admission pour le premier trimestre 2018 est de 112 mm, et peut indiquer un faible niveau de mobilisation communautaire. En effet, si les enfants malnutris ne sont pas identifiés précocement, les activités communautaires de dépistage ne sont pas réalisées régulièrement et par conséquent les enfants arrivent tardivement dans les structures de prise en charge. De plus un dépistage tardif des cas de malnutrition impacte sur la réponse au traitement et la durée de séjour.

Figure 6: PB à l'admission (janvier 2018 - mars 2018)



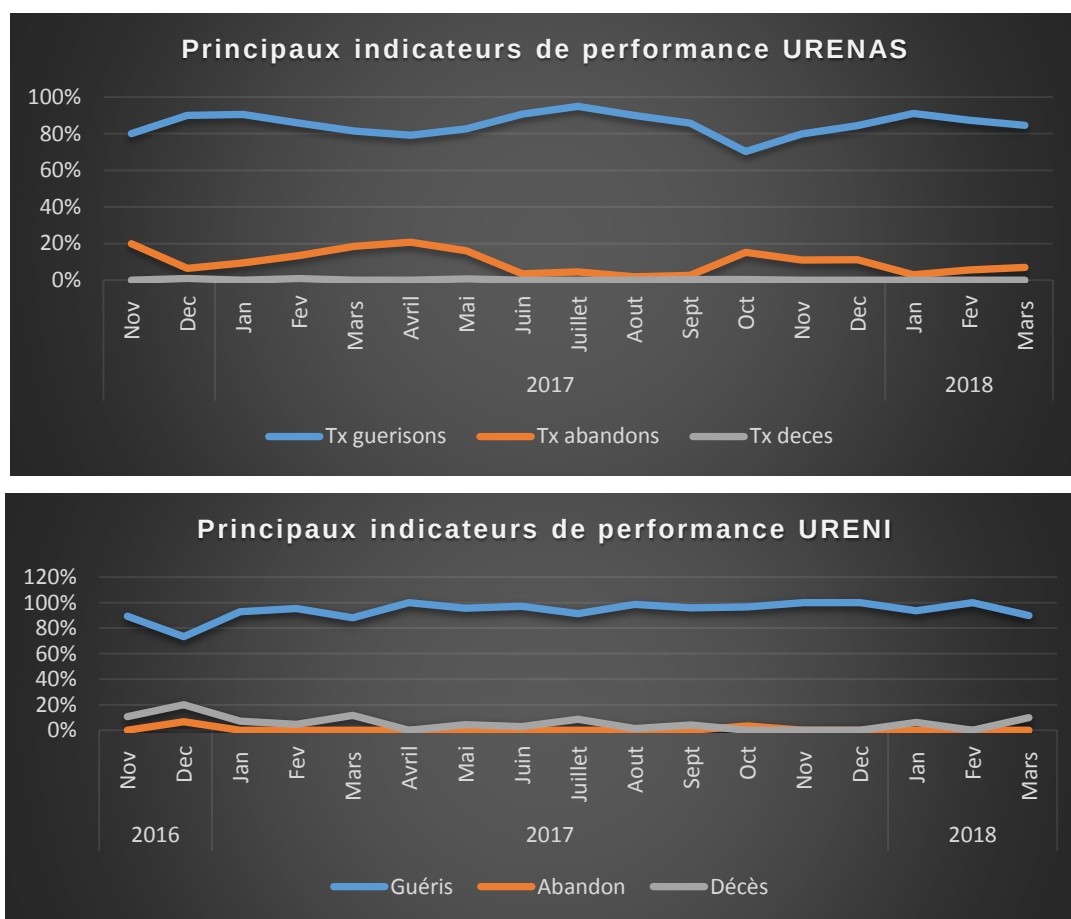
5.1.1.f. Evolution des indicateurs de performance

L'analyse des indicateurs de performance par CSCoCom permet de classer les CSCoCom en trois catégories d'hypothèse de couverture en se basant sur le fait que plus les indicateurs de performance sont élevés (taux de guérison, faible nombre d'abandons et de décès, durée courte de séjour) et plus les populations ont confiance dans le système de santé ce qui peut avoir un impact positif sur la couverture. Le tableau 2 (page 16) résume les hypothèses de couverture selon les indicateurs de performance pour chaque CSCoCom.

Pour les URENAS, selon la figure 7, les 3 principaux indicateurs de performances sont au-dessus des normes SPHERE standards (taux guérison >75%, taux abandon <15%, taux décès<10%) ce qui est favorable à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet à une meilleure participation et adhésion de la communauté.

Pour les URENI les indicateurs de SPHERE sont souvent dans les normes ce qui, comme pour les URENAS, peut présager d'une bonne couverture. Cependant, on remarque qu'en Décembre, mars et en juillet, le taux de décès a augmenté au moment du pic de malnutrition/pathologies (infection respiratoires/diarrhées/paludisme grave) ce qui peut avoir un impact négatif sur la couverture en donnant une mauvaise image du programme dans la communauté même si les valeurs SPHERE sont respectées.

Figure 7: Evolution des indicateurs de performance URENI- URENAS (nov. 2016 - mars 2018)

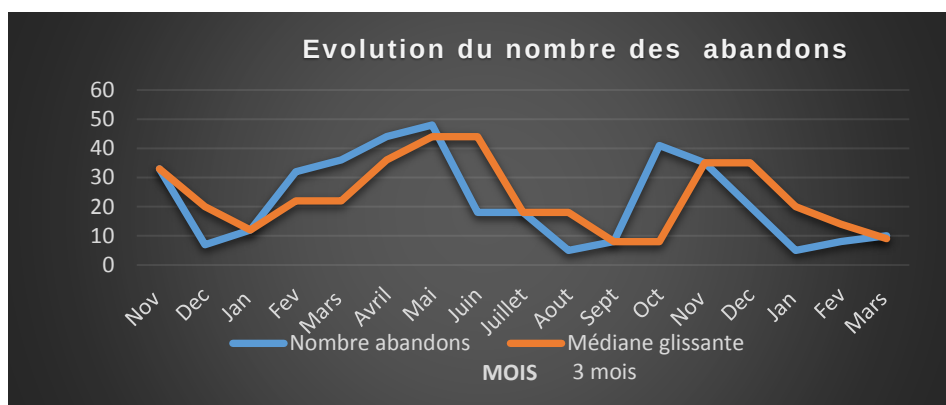


5.1.1.g. Analyse des abandons à l'URENAS

L'évolution du nombre des abandons au niveau des URENAS est en lien avec la tendance des indicateurs globaux de performance des CSCoCom. L'augmentation des abandons entre février et mai 2017 est en partie liée au démarrage du programme avant même que la stratégie communautaire pour la recherche active des absences par les relais communautaires soit fonctionnelle. L'augmentation des abandons entre septembre et novembre correspond à la période de crue où les routes sont inondées ce qui rend très

difficile les déplacements et par conséquent les enfants abandonnent davantage le programme. La période d'octobre à décembre correspond à période de stagnation de l'eau/digue dans la ville de Ténenkou qui limite également les déplacements et par conséquent augmente les abandons dans le programme. La période de février à mai correspond au début des travaux communautaires (récoltes, conservation, vente de bois de chauffe et cueillettes des derniers grains de riz) entraînant une augmentation de la charge de travail des mères qui ne se rendent plus de manière régulière au CSCo pour le suivi et par conséquent abandonnent le programme. Les principales raisons d'abandons mentionnées par les accompagnants lors des focus groupe sont la distance et la charge de travail des femmes à certaines période de l'année.

Figure 8: Evolution des abandons URENAS (nov. 2016 - mars 2018)

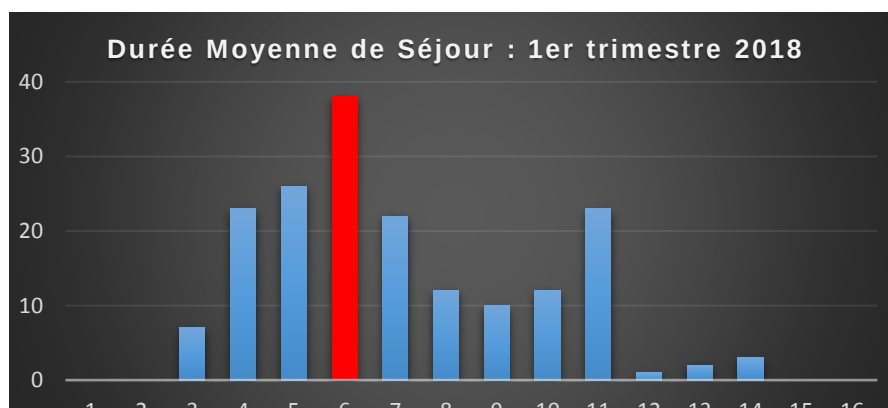


5.1.1.h. Analyse de la durée moyenne de séjour

L'analyse de la durée moyenne de séjour par CSCo et par rapport à la durée moyenne de séjour recommandée permet de classer les CSCo selon l'hypothèse que plus la durée de séjour est courte et plus les mères adhèrent et resteront dans le programme jusqu'à la guérison. Ceci va également renforcer la confiance des autres mères dans le système de santé. Le tableau 2 (page 16) résume les hypothèses de couverture selon la durée moyenne de séjour avant guérison.

La durée moyenne de séjour est de 6 semaines (Figure 9), ce qui correspond aux recommandations du protocole national de prise en charge (< 6 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 6 semaines (valeur critique selon le protocole), qui peut être interprété comme un indice de couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut décourager certaines mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères (partage ration) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non-répondants).

Figure 9: Durée moyenne de séjour (janvier - mars 2018)

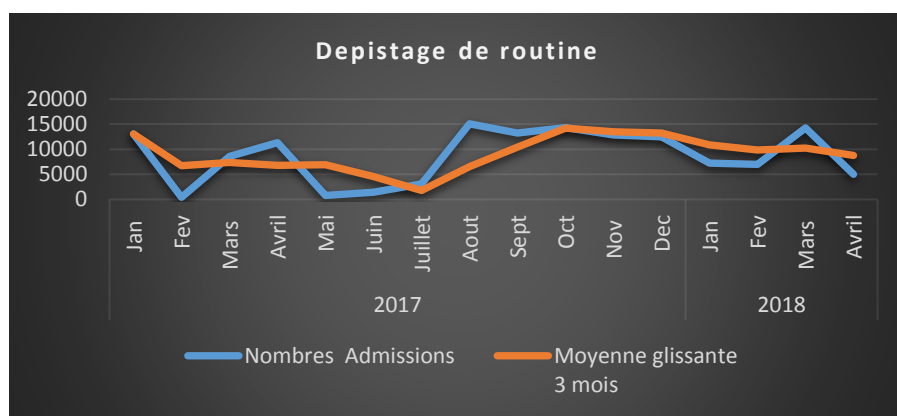


5.1.1.i. Dépistage

En complément des activités de dépistage de routine réalisées par les relais (figure 10), une campagne de dépistage de masse a été conduite en août 2017 et a permis de dépister 33,776 (soit 77%) enfants de moins de 5 ans du DS. Le couplage du dépistage de la malnutrition à la campagne de CPSe (juillet à octobre 2017) a permis également d'augmenter les actes de dépistage comme mentionnés dans la figure 10. En dehors des périodes de dépistage de masse la couverture de dépistage est beaucoup plus basse ce qui indique l'importance de développer des approches additionnelles plus pérennes pour le maintien d'une couverture minimale de dépistage tout au long de l'année. Le nombre d'enfants atteints par ces activités de dépistage (masse et routine) laissent présager une bonne couverture.

De plus, les relais et les ASC ont aussi formé les mères ayant un enfant malnutri à faire le dépistage par la mesure du PB. Même s'il est encore trop tôt pour voir l'impact de cette stratégie, durant l'investigation, les enquêteurs ont rencontré dans les villages des mères avec des bandes de Shakir qui maîtrisaient la technique de mesure du PB.

Figure 10: Evolution du dépistage de routine (janvier 2017 - mars 2018)



5.1.1.j Conclusion hypothèses de couverture

L'analyse de toutes les données quantitatives est résumé dans le tableau 2.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives

	# admission URENAS	Ratio admission/population 6-59 mois	% guéri URENAS	% abandon URENAS	Durée moyenne de séjour	Densité de population par aire de santé	PB à l'admission
Dia							
Diafarabe							
Diondiori							
Dioura							
Djiguicire							
Guille							
Kadial							
Kondo							
Kora							
Koubi							

Malimana							
Mopti Keba							
Niasso							
Ouronguiya							
Senebamana							
Sossobe							
Tenenkou Central							
Thial							
Toguere							
Wallo							

	couverture probablement faible
	couverture probablement moyenne
	couverture probablement élevée

5.1.2. Données qualitatives

Les données qualitatives ont été collectées dans les 16 aires de santé sur 20 accessibles au moment de l'enquête.

Les données qualitatives ont été collectées lors des entretiens semi structurés, des focus groupes, des entretiens informels et l'observation sur le terrain.

Différents groupes de populations ont été interrogées afin de pouvoir trianguler l'information :

- les accompagnants d'enfants MAS admis dans le programme (URENI et URENAS)
- les membres de la communauté (hommes et femmes directement ou indirectement liés au programme, association collectives (CAFO))
- les agents de santé
- les personnes clés de la communauté ou pouvant avoir un impact sur le parcours de santé des enfants (grand-mères, tradi-praticiens).
- les autorités locales (chefs de village, conseillers du chef de village, imams, membres des ASACO, autorités communales, conseil de cercle, équipe cadre de District).

Les guides d'entretiens portaient sur :

- les maladies infantiles et la connaissance de la malnutrition et de ses signes
- le parcours thérapeutique des enfants malades
- la connaissance et appréciation des services de prise en charge de la malnutrition
- la qualité de la prise en charge
- les activités des relais communautaires
- l'implication des personnes clés
- les barrières à l'accessibilité

La collecte des données s'est déroulée sur 4 jours par les 6 équipes d'investigation, chacune composée de deux membres. Les superviseurs au nombre de 3 ont assuré le suivi des différentes équipes. La sélection des villages/quartiers s'est basée sur différents critères (distance par rapport aux centres de santé (proche/éloigné), contexte (urbain/rural), nombre d'admissions dans les centres (important/faible), afin de garantir la représentativité des données collectées. Les données ont été collectées quotidiennement à l'aide de l'outil BBQ - Barrières, Boosters and Questions et recoupées par source.

Les données ont été ensuite recoupées par source/ triangulation.

Connaissance de la malnutrition et de ses signes

Au Mali, il existe différentes appellations pour décrire la malnutrition (le marasme ou le kwashiorkor). Ces appellations ressemblent davantage à une description de l'état physique et sont différentes d'une ethnie à l'autre. Dans leur grande majorité, elles ont une connotation péjorative car font le lien entre l'état de l'enfant et l'incapacité de la famille à nourrir les enfants par manque de moyens financiers. Pour le marasme, l'appellation la plus largement reconnue et utilisée dans la communauté est le terme «tigadekaini » (faisant allusion aux ATPE). Ce terme fait beaucoup plus référence à l'enfant malnutri et fait de la malnutrition une maladie « moderne » qui se soigne dans le centre de santé. Des mots dérivant de situations spécifiques pouvant conduire à cet état (grossesses rapprochées, poussée de dent,...) sont également utilisés pour décrire un enfant marasmique. Pour le kwashiorkor, l'appellation la plus courante est « founou-bana » (quelqu'un de gonflé). Les cas de kwashiorkor étant plus rares dans la région, ils ne sont jamais associés à un état de malnutrition et sont plus associés à des mauvais sorts plutôt qu'à une maladie « moderne ».

Cependant, bien que la malnutrition soit nommée par une grande majorité de la population, ses causes restent souvent méconnues (seul le manque de nourriture a été cité). Le diagnostic de la malnutrition reste encore flou pour la population ce qui indique le manque de communication et sensibilisation de la part des agents de santé et des relais communautaires lors de leurs activités. Cela a un impact négatif sur l'adhésion communautaire et la couverture du programme. En effet, les populations ne se sentent pas directement concernées par la problématique de la malnutrition, et pensent que ce sont les agents de santé ou les relais qui décident si un enfant est malnutri ou pas.

Parcours thérapeutique et traitement de la malnutrition aigue

L'itinéraire thérapeutique des enfants malnutris commence le plus souvent par l'automédication. Ceci se traduit soit par la préparation de tisanes locales à base de plantes issues de la cueillette soit par l'achat de comprimés auprès de vendeurs ambulants. L'utilisation des tisanes fait partie des croyances locales et est très ancrée dans les habitudes. Le recours aux vendeurs ambulants est souvent expliqué par le fait que le service est disponible à la maison sans nécessiter un déplacement ou de temps d'attente. Le recours aux tradi-praticiens/marabout est plus important pour les cas de kwashiorkor, de nombreux tradi-praticiens assurant pouvoir faire fondre les œdèmes en quelques jours en donnant des décoctions à boire. Bien que la communauté a une bonne connaissance de l'existence et de la disponibilité des services de traitement de la malnutrition dans les CCom et le CSRef, le recours au centre de santé pour malnutrition ne se fait souvent qu'en dernier après 1 à 2 semaines d'essai thérapeutique dans la communauté.

Connaissance et perception du service

L'existence du programme de PCIMA et de la gratuité de la prise en charge est bien connue par l'ensemble des communautés. Le système de référencement en cas de complication médicale entre CCom et CSRef est également bien connu. Le plumpy nut et plumpy sup sont connus dans la plupart des villages et par la population (surtout par les femmes) mais ces dernières ne font pas la différence entre les deux produits et leur cible. Un même mot est utilisé pour qualifier les intrants : « tigabaikaini ». Cependant, le PPN et PPS ne sont pas considérés comme devant être consommé uniquement par l'enfant malnutri. Le poids de la société impose le partage de la nourriture (même en très petite quantité) entre les enfants y compris avec les enfants du voisinage. Par conséquent, les enfants malnutris ne reçoivent pas la quantité complète de PPN. Ces habitudes sont très ancrées dans la société et sont considérées comme une base de la vie communautaire.

Le problème massif de vente de PPN et PPS dans les années 2015-2016 dans le DS a été résolu avec l'implication de l'équipe cadre de District et un meilleur contrôle au niveau des CCom. Aujourd'hui les cas de vente sporadiques sont essentiellement liés aux accompagnants qui revendent une partie de la ration hebdomadaire pour permettre de subvenir aux besoins de la famille. Ceci a été observé au niveau des marchés.

Qualité de la prise en charge

La prise en charge de la malnutrition se fait dans tous les CSCom. La qualité de la prise en charge semble assez homogène pour l'ensemble des CSCom. La prise en charge est hebdomadaire ou bihebdomadaire selon le lieu de provenance mais le dépistage systématique se fait tous les jours et les cas identifiés malnutris sont pris en charge le jour même. Le matériel de prise en charge est disponible et le remplissage des fiches de suivi et des registres est satisfaisant. Les ruptures d'intrants nutritionnels sont rares, les dernières ruptures datent d'Octobre 2017 en lien avec une sous-estimation des besoins semestriels (juin-décembre 2017). Cependant lors des focus groupes discussion avec les mères, l'absence d'ATPE a été citée comme un problème majeur et récurrent. La confusion par les communautés entre les deux produits thérapeutiques (PPN et PPS) peut également expliquer cette perception différente entre les communautés et les réels stocks disponibles dans les CSCom. Pour les médicaments systématiques aucune rupture n'a été reporté mais de problèmes de gestion au sein des CSCom entre les médicaments de la gratuité fournis par IRC et les médicaments pour la malnutrition fournis par UNICEF ont été reportés.

Les infirmiers superviseurs d'IRC ont sous leur responsabilité en moyenne 4 CSCom à qui ils apportent un appui technique pour l'amélioration de la qualité de prise des MAS. Cependant en raison du contexte insécuritaire et de la restriction de la circulation des motos, l'accès des équipes IRC est réduit. Certains CSCom ne sont pas visités de manière hebdomadaire.

La qualité de la prise en charge est conforme au protocole national et repose principalement sur l'implication du personnel de santé et particulièrement les Directeurs Techniques de Centres (DTC) qui peut être variable d'un centre à l'autre. En moyenne les femmes font 1 heure de temps d'attente au CSCom. Cette attente est perçue par les mères comme très importante car se rajoute aux 4 heures en moyenne de marche (aller-retour). Les différents entretiens avec les mères bénéficiaires du programme PCIMA n'ont pas mis en évidence de problème d'accueil ni de possibles discriminations vis-à-vis de certaines ethnies. Dans l'ensemble les usagers sont satisfaits du service fourni et ont confirmé la gratuité de la prise en charge nutritionnelle. Cependant la gratuité n'est pas toujours perçue comme telle par les usagers en raison de possibles coûts additionnels en cas d'autres pathologies de l'enfant non comprises dans le paquet de la gratuité (infections oculaires, blessures ect ...).

Les coûts de transport pour accéder au CSCom sont également perçus comme une charge très importante pour les usagers. Un aller-retour en pinasse peut coûter entre 1500 et 4000 FCFA et en voiture entre 1000 et 2000 FCFA. Par conséquent plus de 90% des mères viennent à pieds ou avec des charrettes tirées par des ânes.

Activités communautaires

La prise en charge précoce des enfants suppose un dépistage précoce de la malnutrition par les acteurs communautaires. Dans chaque village 2 relais ont été formés et identifiés pour réaliser le dépistage de routine (au total 304). La participation des relais communautaires a été très importante entre novembre 2016 et janvier 2018 lorsqu'IRC fournissait les frais de transport (2000 FCFA par mois) pour venir à la réunion mensuelle. Ce remboursement a plus été perçu par les relais comme une motivation. En 2018, ce sont les ASACO qui sont en charge de réaliser ces réunions mensuelles mais aucun CSCom n'a organisé ces réunions. Depuis cette période, une baisse du dépistage communautaire a été observée. De plus, les discussions et entretiens au niveau des villages ont permis de confirmer les baisses des activités communautaires depuis janvier 2018. Les femmes ont dit que les dépistages et les sensibilisations n'ont pas eu lieu depuis 4 mois. En parallèle, IRC a débuté en mars 2018 l'approche PB mère dans le DS et fin avril 244 mères avaient été formées.

Les discussions de groupe ont également mis en évidence une très faible implication des hommes dans les soins à apporter aux jeunes enfants. Ce sont les mères qui sont en charge de gérer les jeunes enfants y compris en cas de maladie. Les femmes se conseillent entre elles dans un premier temps (premiers signes de maladie) et cherchent des solutions entre elles (décoctions – auto médication). Les hommes ne sont avertis qu'au moment où la mère a besoin de s'absenter (tradi-thérapeute, CSCom). La faible implication des hommes et des autorités locales et religieuses limite la mobilisation communautaire dans une société patriarcale où le pouvoir décisionnel est du côté des hommes.

Barrières et boosters à l'accessibilité.

L'analyse qualitative a permis de collecter des informations concernant les barrières et les boosters relatifs au programme qui sont présentés dans les tableaux suivants

Tableau 3 : principales barrières et boosters

Barrières	Boosters
Manque de communication et sensibilisation communautaire	Connaissance du service PCIMA • existence du service • connaissance de la cible • connaissance du schéma thérapeutique
Rupture d'ATPE	Perception positive du service (guérison – accueil ect...)
Dépistage communautaire non réalisé par les relais	Connaissance de la gratuité de la prise en charge
Naissances rapprochées moins de soins accordés à l'ainé : • Sevrage précoce lorsque la femme tombe enceinte • Moins de surveillance notamment au niveau hygiène	Pas de stigmatisation • au niveau communautaire pour les familles avec des enfants malnutris • au niveau du CSCoM, bon accueil par les soignants
Trajet : • absence de moyen de déplacement • insécurité sur la route • longue distance • terrain difficile (terrain inondé déplacement en pinasse 6 mois/an)	Entraide communautaire entre les femmes • partage information • garde d'enfant
Faible participation aux séances de sensibilisation réalisée dans le CSCoM • CPN – CPON non suivies • Faible taux accouchement médicalement assisté	Supervision formative dans les CSCoM effective
Charge de travail des femmes importante : • Collecte eau • Travaux champêtre • Travaux ménagers	Respect du cycle de visite hebdomadaire ou bihebdomadaire (peu d'absence)
Longue attente au CSCoM	Existence d'un réseau de relais formés
Méconnaissance des causes et des symptômes de la malnutrition (qui engendre un long parcours thérapeutique)	Existence d'une structuration communautaire (groupes associatifs)

5.2.Etape 2

L'analyse de la distribution spatiale des admissions et des différents facteurs influençant la couverture suggère une couverture probablement hétérogène. Une enquête sur petite zone a été réalisée pour le confirmer. Il a d'abord été choisi de tester l'hypothèse suivante concernant les zones de couverture élevée et les zones de couverture faible :

- Hypothèse 1 : La couverture est probablement plus élevée dans les zones situées à moins de 10km et qui sont sur la terre ferme (les sédentaires) car les déplacements vers les CSCoM sont plus aisés et variés (charrette, marche à pieds, véhicules, motos) et sont disponibles pendant

presque toute l'année. Des villages des aires sanitaires de Malimana, Dioura, Tenenkou central, Djicuire ont été choisis pour tester l'hypothèse de couverture élevée.

- Hypothèse 2 : La couverture est probablement plus faible dans les zones au bord du fleuve où vivent les Peuhls et les Bozo. Cette population est mobile et se déplace facilement. De plus, cette zone entre juillet et octobre est une zone inondée où le seul moyen de déplacement est la pirogue. Ce type de transport reste restreint car son coût est élevé et la fréquence des passages très aléatoire. Des villages des aires sanitaires de Diafarabe, Mopti Keba, Koubi, Diondiori ont été choisis pour tester l'hypothèse de couverture faible.

La méthode de recherche active et adaptative a été utilisée pour trouver les cas MAS :

- Un cas MAS était défini comme MAS si son PB était inférieur à 115 au moment de l'enquête et/ou s'il présentait des œdèmes.
- Un cas était défini comme couvert si la mère était dans la capacité de présenter un ou des sachets d'ATPE.
- Un cas était défini comme cas non couvert si la mère a présenté une carte de suivi mais n'avait plus de sachets d'ATPE à présenter au moment du passage des équipes. Un questionnaire lui a alors été adressé et elle a été classée dans la catégorie «partage/mauvaise utilisation de l'ATPE».
- Un cas en voie de guérison : si le PB est supérieur à 115 et qu'il est sous traitement MAS (la mère doit présenter un ou des sachets d'ATPE)

Selon la définition des cas, **au total 60 cas MAS ont été trouvés dont 18 étaient des cas couverts, 11 cas en voie de guérison et 31 cas non couverts**. L'analyse des données quantitatives et qualitatives penche pour une couverture moyenne pour l'ensemble de la zone. Le seuil de couverture élevée a donc été fixé à 50%. L'analyse des résultats (Tableau 3 et 4) a été réalisée au moyen de la méthode LQAS simplifiée (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à une valeur seuil définie à 50% (standard SPHERE).

La règle de décision a été calculée selon la formule suivante :

$$d = \lceil n \times p \times 100 \rceil$$

n : nombre de cas trouvés

p : couverture standard définie pour la zone

Tableau 3: Validation de l'hypothèse 1

Hypothèse couverture supposée élevée (village<10km du CSCom)	P= couverture 50%		Cas MAS couvert (4) > règle de décision (3)
	Nombre total de MAS trouvés n = 6		Couverture actuelle > 50%
	Règle de decision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		d = 6*(50/100)=3	
		d = 3	
Cas MAS couverts =4			

Hypothèse couverture supposée faible (village>10km du CSCom)	P= couverture 50%		Cas MAS couvert (1) < règle de décision (3)
	Nombre total de MAS trouvés n = 7		Couverture actuelle < 50%
	Règle de décision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture faible confirmée
		d = 7*(50/100)=3.5	
		d= 3.5	
Cas MAS couverts =1			

L'hypothèse 1 a été confirmée : les villages situés à plus de 10km ont une couverture plus faible que les villages situés à proximité des structures de santé.

Tableau 4: Validation de l'hypothèse 2

Hypothèse de couverture supposée élevée (zones sédentaires Bambara Bela)	P= couverture 50%		Cas MAS couvert (8) > règle de décision (5)
	Nombre total de MAS trouvés n = 10		Couverture actuelle > 50%
	Règle de decision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		d = 10*(50/100)=5	
		d = 5	
Cas MAS couverts =8			

Hypothèse de couverture supposée faible (les nomades Peulh, Bozos)	P= couverture 50%		Cas MAS couvert (2) < règle de décision (4)
	Nombre total de MAS trouvés n = 8		Couverture actuelle < 50%
	Règle de décision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture faible confirmée
		d = 8*(50/100)=4	
		d= 4	
Cas MAS couverts =2			

L'hypothèse 2 a aussi été confirmée, les villages situés au bord du fleuve (populations nomades) ont une couverture plus faible que les villages situés sur la terre ferme (population sédentaires).

5.3. Etape 3

A la suite des étapes 1 et 2, les barrières et les boosters de la couverture ont été identifiés et pondérés avec l'ensemble des enquêteurs en tenant compte de leur récurrence dans les entretiens de l'étape 1 et des réponses des mères de l'étape 2. Les enquêteurs du programme ont été divisés en huit équipes qui ont noté chaque barrière et booster de 1 à 5. La moyenne a ensuite été calculée pour chaque barrière et booster. En cas d'écart important entre deux ou plusieurs groupes, des discussions étaient engagées en vue de rapprocher les résultats. Les résultats du BBQ pondérés se retrouvent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5: Pondération des barrières et boosters

Barrières	Pondération
Manque de communication et sensibilisation communautaire	10
Rupture d'ATPE	9.5
Dépistage communautaire non réalisé par les relais	9
Naissances rapprochées moins de soins accordés à l'ainé : - Sevrage précoce lorsque la femme tombe enceinte - Moins de surveillance notamment au niveau hygiène	6.4
Trajet : - absence de moyen de déplacement - insécurité sur la route	6

longue distance terrain difficile (terrain inondé déplacement en pinasse 6 mois/an)	
Faible participation aux séances de sensibilisation réalisée dans le CSCom - CPN – CPON non suivies - Faible taux accouchement médicalement assisté	6
Charge de travail des femmes importante : - Collecte eau - Travaux champêtre - Travaux ménagers	6
Longue attente au CSCom	5.5
Méconnaissance des causes et des symptômes de la malnutrition (qui engendre un long parcours thérapeutique)	5
Total	63.4
Boosters	Pondération
Connaissance du service PCIMA - existence du service - connaissance de la cible - connaissance du schéma thérapeutique	14
Perception positive du service (guérison – accueil ect...)	10
Connaissance de la gratuité de la prise en charge	5
Pas de stigmatisation - au niveau communautaire pour les familles avec des enfants malnutris - au niveau du CSCom, bon accueil par les soignants	4
Entraide communautaire entre les femmes - partage information - garde d'enfant	4
Supervision formative dans les CSCom effective	4
Respect du cycle de visite hebdomadaire ou bihebdomadaire (peu d'absence)	3
Existence d'un réseau de relais formés	3
Existence d'une structuration communautaire (groupes associatifs)	3
Total	50

Le Prior a ensuite été calculé en utilisant la formule suivante:

$$\text{Prior} = (\text{Barrières} + \text{Boosters}) / 2 \text{ Avec Barrières} = 100 - 63.4 = 36.6\% \text{ et Boosters} = 0 + 50\% = 50\%$$

$$\text{Soit Prior} = (36.6 + 50) / 2 = 86.6 / 2 = 43.3\%$$

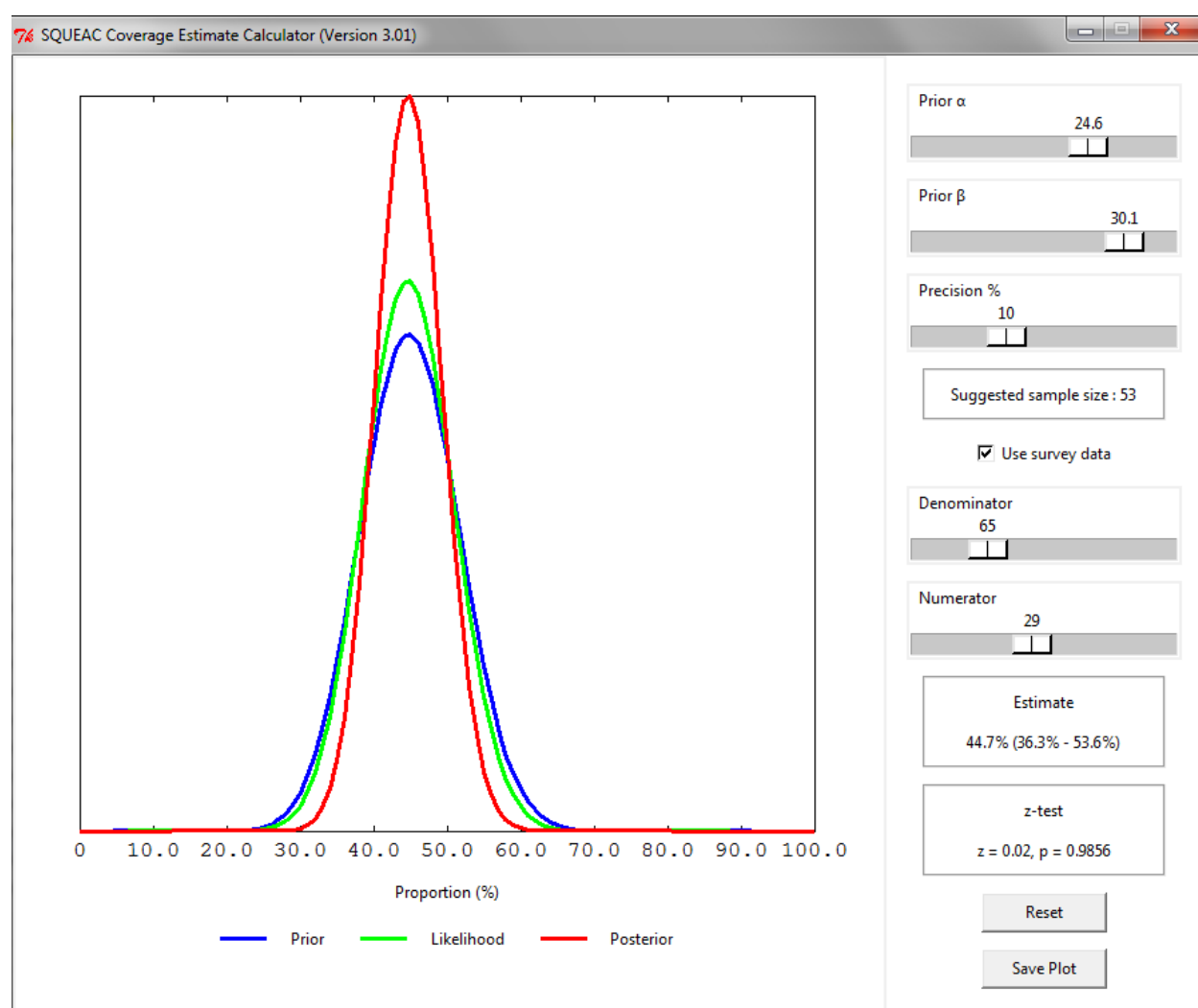
Le Prior a été arrondi à 45 % soit une valeur de $\alpha = 24.6$ et $\beta = 30.1$ selon le guide FANTA. Les valeurs de α et β ont été introduites dans la calculatrice de Bayes avec une précision de 10%. La taille d'échantillon

suggérée était de 53 pour la construction de l'évidence vraisemblable. La recherche de cas et la définition de cas étaient identiques à celles de l'étape 2.

Au total 60 MAS ont été trouvés dont 29 étaient couverts. Il faut surtout noter que sur ces 29 couverts, seuls 18 disposaient d'ATPE (matériellement vérifié par les enquêteurs). 11 cas de MAS en voie de guérison ont été retrouvés.

La couverture estimée est calculée en utilisant la calculatrice de Bayes. La couverture unique est calculée en utilisant comme numérateur (40) le nombre total de cas MAS (en état MAS et en phase de guérison MAS) enrollé dans le programme URENAS, et comme dénominateur le nombre total de cas MAS trouvés (60) (cas enrollés dans le programme, cas non dans le programme et cas en phase de guérison MAS). Les valeurs alpha et beta ont été établies à (α 20.4, β 12.5) avec un niveau de précision de 10%. En introduisant les données de l'évidence vraisemblable dans la calculatrice de Bayes (figure 11), on obtient une **estimation de la couverture unique qui est de : 44.7% (IC 95% 36.3%-53.6%)**

Figure 11: Calculatrice de Bayes

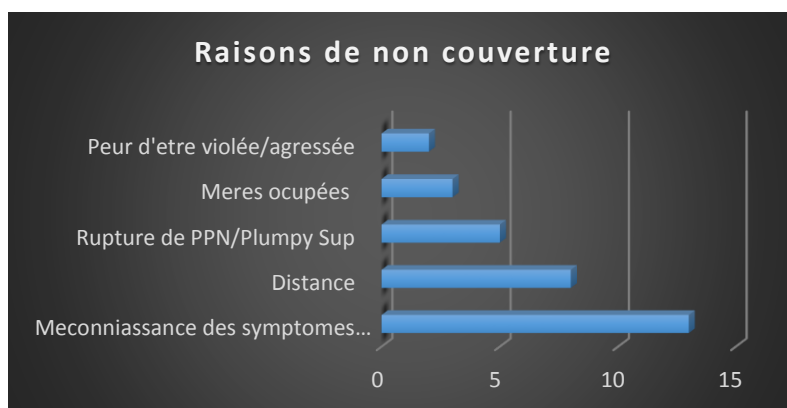


Il n'y a pas de conflit entre l'évidence vraisemblable et la probabilité à priori ($p > 0.73$), le résultat est donc validé.

La majorité des mères d'enfants non couverts (jamais admis ou ne disposant pas de ATPE à la maison) est consciente que leur enfant est malade. Cependant, les mères ne citent pas directement la malnutrition

comme étant responsable de l'état de santé de leur enfant. Elles ont cité de façon spontanée plutôt la fièvre, la diarrhée, l'amaigrissement, le manque d'appétit, les vomissements, les causes magico-religieuses. Certaines mères disent ne pas savoir de quoi souffre leur enfant. La distance est ressortie comme un frein à l'accès au soin et le fait que les enfants ne sont pas couverts par le programme. Les ruptures en ATPE ont également été citées par les mères bien qu'aucune rupture n'ait été enregistrée au sein du DS depuis plus de 6 mois. Cela est peut-être en lien avec une confusion entre le PPN et le PPS. Il faut noter que le PPS est en rupture depuis janvier 2018. Le graphique ci-dessous, présente les principales raisons évoquées par les mères pour justifier le fait que leur enfant ne soit pas pris en charge au moment de l'enquête.

Figure 12: Raisons de non-couverture



6. DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le taux de couverture unique dans le DS de Ténenkou est de **44.7%(IC a 95% : 36.3%-53.6%)** et ce après 18 mois d'appui au DS pour la PCIMA par IRC (octobre 2016-avril 2018) et 2 ans mois par MdMF (2014-2016). Ce taux est inférieur à la norme SPHERE qui stipule qu'en zone rurale le taux de couverture doit être supérieur à 50%. Ce faible taux comparativement aux normes SPHERE est à pondérer en connaissance des spécificités du DS avec notamment la recrudescence de l'insécurité dans la zone limitant les déplacements des agents de santé (interdiction des motos) et sa vulnérabilité géographique en tant que zone inondable.

Les différentes barrières identifiées durant l'évaluation ont soulevé majoritairement les faiblesses du volet communautaire du programme et des problèmes d'organisation et planification au niveau des CSCom. Les principales barrières sont :

- **la faible mobilisation communautaire** centrée uniquement sur la participation du relais communautaire pour les activités de sensibilisation et de dépistage des cas de malnutrition qui en cas de non implication du relais limite la diffusion des messages et l'identification des enfants malnutris. L'approche PB mère pour le dépistage n'est qu'à son démarrage et ne permet pas aujourd'hui de référer les enfants malnutris. Le manque de sensibilisation communautaire se traduit par une mésinformation sur la disponibilité des ATPE par exemple.
- **la distance/coût opportunité élevé** qui limite les déplacements vers les structures de santé. Bien que la prise en charge soit gratuite et que la majorité de la population a conscience du système de gratuité des soins dans le DS (avec l'appui d'IRC pour la santé et la nutrition), les mères des villages éloignés de plus de 10km ou vivant dans les zones proches du fleuve (zones inondables) ne peuvent payer le prix d'un transport.
- **le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes).** L'utilisation des plantes/tisanes comme

traitement est très développée au Mali, dans chaque famille au moins un membre connaît leur usage pour le traitement de symptômes courants (diarrhée, problème de dentition, paludisme). L'automédication avec des médicaments en provenance de vendeurs ambulants est également utilisée en première intention en raison de sa disponibilité (vendeurs se déplacent dans les villages) et de son caractère peu onéreux. Le recourt aux tradi-thérapeutes est très recherché pour le traitement traditionnel ainsi que des moyens de protection des maladies (talisman et lavage avec des décoctions). Les tradi-thérapeutes font partie de la communauté, sont reconnus et ont la confiance de la population. Le prix des consultations est souvent modique et adapté aux ressources du foyer. En cas de non amélioration de l'état de santé de l'enfant, les familles consultent au centre de santé. Les personnels de santé ont confirmé qu'une très grande majorité des enfants malnutris a déjà reçu à domicile d'autres traitements avant leur admission dans le programme

- **la faible utilisation des services de santé maternelle** (consultations pré et post-natales, accouchement médicalement assistés) qui représentent des points d'entrées importants pour la sensibilisation des femmes sur la santé et nutrition de l'enfant. Les services de santé maternelle sont peu utilisés dans le DS, les femmes disent ne pas savoir l'importance des CPN ni même de l'accouchement médicalement assisté
- **le manque de disponibilité des mères en raison de la charge importante de travail des femmes** durant toute l'année dont la collecte de l'eau potable et pendant l'hivernage les travaux champêtres.
- **la faible implication des acteurs locaux dans la prévention et le traitement de la malnutrition.** La sensibilisation sur la malnutrition repose essentiellement sur le relais communautaire alors que de nombreux canaux de diffusion des messages existent comme, les chefs de villages et ses conseillers, les leaders religieux, les associations de femmes, les associations de jeunes.
- **la forte fréquentation des centres de santé les jours de prise en charge** qui correspondent également au jour hebdomadaire de foire. Cette forte affluence augmente le temps d'attente pour les mères d'enfants malnutris.

Dans l'optique d'améliorer ce taux de couverture et d'agir sur les barrières à l'accès aux soins, différentes recommandations peuvent être formulées à différents niveaux :

Au niveau communautaire :

- Intensifier la couverture de l'approche PB mères pour multiplier les opportunités de dépistage de manière pérenne. Les mères se sentiront concernées par la problématique de la malnutrition et disposeront des connaissances pour référer leur enfant dès les premiers signes de la malnutrition vers les structures de prise en charge et ainsi endiguer le long parcours thérapeutique des enfants malnutris.
- S'appuyer sur les groupes et les canaux de communications existants au sein des communautés pour augmenter la diffusion des messages (groupes de jeunes, groupes de femmes, groupes de leaders communautaires et religieux). Les leaders communautaires ont un rôle à jouer dans la mise en place du PB mère et son suivi afin de garantir une couverture complète du village.
- Mettre en place un système de suivi et monitoring régulier des activités de mobilisation communautaire pour chaque village (incluant les informations sur les activités des relais et du PB mère). Les équipes d'appui IRC pourront ainsi identifier les villages nécessitant plus d'appui et adapter leur travail selon les besoins.
- Développer à plus grande échelle les programmes de prise en charge de la malnutrition sévère au niveau communautaire par les Agents de Santé Communautaires notamment pour les zones reculées ou pour les zones avec accès difficile.
- Planifier l'approche stratégie avancée pour la PCIMA pendant les périodes de pic de malnutrition (juillet-sept) pour les zones les plus reculées et difficile d'accès. L'identification des villages présentant le plus d'abandons ainsi que les capacités logistiques et humaines des CSCom seront des critères de sélection pour évaluer la mise en place de cette approche
- Initier un cadre de concertation formel entre les différents acteurs du DS pour améliorer la coordination des activités nutrition

Au niveau des CCom :

- Piloter l'approche du protocole simplifié pour le traitement de la malnutrition modérée et sévère pour augmenter la couverture de prise en charge de la malnutrition et réduire le nombre de cas MAS par une prise en charge précoce de l'épisode de malnutrition (au stade MAM)
- Développer l'approche CMAM surge pour une meilleure planification de ressources notamment les intrants nutritionnels selon les besoins réels. Les commandes d'intrants devront tenir compte du stock tampon (30%) et des campagnes de masse, des périodes de pics de malnutrition et des périodes durant lesquelles les enfants peuvent recevoir une dose pour 2 semaines.
- Réviser l'organisation et la planification des activités des CCom en lien avec la forte fréquentation des CComs les jours de foire.

Au niveau District :

- Planifier une enquête ANJE pour mieux évaluer les barrières à l'adoption des pratiques ANJE recommandées et les possibles pistes de réflexion
- Responsabiliser le DS dans l'organisation du dépistage lors des campagnes CPSe ou autre campagne de vaccination

7. PLAN D'ACTION

ACTIVITE	RESPONSABLE	PERIODE
A COURT TERME		
Responsabilisation du point focal et du chargé nut dans le suivi des plans d'action par CCom et de gestion des intrants/médicaments (dans le cadre du CMAM SURGE)		Immédiat
Réorganisation des services de soins des CCom pour gérer l'affluence les jours de foire (en lien avec CMAM SURGE)	ASACO/IRC	Immédiat
Multiplier les stratégies avancées pour la prise en charge de la MAS au niveau des villages les plus éloignés et en période de pic de malnutrition (de manière bi-mensuelle)	ASACO/IRC	Juin
Appuyer le DS/ASACO dans la mise en place de la prise en charge de la MAS au niveau des sites ASC	IRC/DS/ASACO	Immédiat
A MOYEN TERME		
Étendre la couverture de l'approche PB mère (premier semestre 2018 les villages les plus peuplés ont été ciblés). Pour le deuxième semestre cibler les villages/hameau les plus reculés	ASACO /chargé nut /IRC	Deuxième semestre 2018
Réaliser un état des lieux de la fonctionnalité des acteurs communautaires dans chaque village	ASACO	Deuxième semestre 2018
A LONG TERME - EN CONTINUE		
Réaliser avec les ASACO un plan de suivi pour la responsabilisation des entités villageoises existantes pour véhiculer les messages sur la malnutrition et les services de prise en charge	ASACO /relais	
Responsabiliser les DS et les ASACO dans les couplages des dépistages avec les journées à thème (PEV, CPSe)	ASACO/DS	Chaque campagne

Etendre la couverture de l'approche ASC	ASACO /DS/IRC	2019
Multiplier les assises/dialogues communautaires sur la malnutrition	IRC/SDSES/FEL ASCOM	En continu
Inviter le DS à mettre en place un cadre de partage afin de partager les informations sur les données nutritionnelles (cas de MAM non pris en charge) avec les autres partenaires	IRC/ Mairies /DS	Chaque 3 mois
Inviter les CSCoM à intégrer le planning familial dans les thèmes de sensibilisation (réduction des grossesses rapprochées et les accouchements à domicile)	ASACO/ RC /Matrones	Continu
Responsabiliser les leaders des villages/pères de famille pour faciliter et sécuriser les déplacements des femmes vers les CSCoM (accompagnement des mères et mise à disposition de moyen de transport disponible au niveau local)	ASACO/RC	Continu

8. ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe d'investigation

Nom	Position
Kadiatou Thinde	Enquêteur
Mory Diarra	Enquêteur
Bory Kader Cisse	Enquêteur
Hamadoun Timbo	Enquêteur
Maimouna Traore	Enquêteur
Aly Diallo	Enquêteur
Lassine Dienta	Enquêteur
Sitan Dao	Enquêteur
Brahima Diancoumba	Enquêteur
Nouhoum Sangha	Enquêteur
Sadio Samake	Enquêteur
Alhousseini Toure	Enquêteur
Oumar Maiga	Enquêteur
Mariam Ouedrago	Enquêteur
Mamadou Toure	Enquêteur
Seydou N'golo COULIBALY	Enquêteur
Dr Diaby Hamadou	Superviseur
Dr Brehim Togola	Superviseur
Dr Diaby Abasse	Superviseur
Salim Dembele	Superviseur
Issiaka Traore	Superviseur

Annexe 2 : Liste des mots utilisés pour décrire la malnutrition

APPELATION LOCAL	LANGUE	SIGNIFICATION
Yolbere	peulh	Marasme
Founou bana	Bambara	Oedeme
Toufoulou	bozo	Oedeme
Touchi	bozo	Oedeme
Oupi	peulh	Oedeme
P'Boudi	peulh	Oedeme
Yorgol Yarti	peulh	Marasme
Agoina	bozo	Marasme
Fari wilila	bambara	Kwashiorkor
N'Batjini kol	peulh	Marasme
N'Poumpi nido	peulh	Kwashiorkor
Deme dew	bambara	Malnutrition
Rafi nian dou	peulh	Malnutrition
Niaou chocola	peulh	Malnutrition
Rafi n'gourai	peulh	Malnutrition
Founou bana	Bambara	Kwashiorkor

Ni nana	bozo	Marasme
Sayi die	bambara	Kwashiorkor
Balo ko desse	bambara	Malnutrition
Nia mowo chocola	peulh	Malnutrition
Foulou gowo	bozo	Kwashiorkor
Djine bana	bambara	Marasme
kono ba	bambara	Malnutrition
Sere bana	bambara	Marasme
Yol bere	peulh	Malnutrition
Balo ko djougou ya	bambara	Malnutrition
Soumaya	bambara	Malnutrition
Rafi haran	peulh	Malnutrition
Kono yaminai	bambara	Malnutrition
Kodo ko	peulh	Malnutrition