

**PROGRAMME D'APPUI À LA PRÉVENTION, AU DÉPISTAGE ET À LA PRISE
EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

DISTRICT SANITAIRE DE COMMUNE II - BAMAKO / MALI

16 JANVIER - 15 FEVRIER 2015

Ghislaine GRYMONTREZ

INVESTIGATION SQUEAC

DISTRICT SANITAIRE COMMUNE II BAMAKO



SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
ABBRÉVIATIONS.....	5
RÉSUMÉ.....	6
OBJECTIFS :.....	7
CONTEXTE	7
1. Le District sanitaire de BAMAKO Commune II	7
2. Situation nutritionnelle.....	8
3. Services de santé et de nutrition	9
4. Le programme de prise en charge.....	9
5. Enquêtes et Évaluations de couverture	9
PROCESSUS D'INVESTIGATION	10
ÉTAPE 1	11
DONNÉES QUANTITATIVES	11
SYNTHÈSE DES DONNÉES QUANTITATIVES.....	23
DONNÉES QUALITATIVES	23
TRIANGULATION DES DONNÉES	30
ÉTAPE 2	32
HYPOTHÈSES :	32
RÉSULTATS DES HYPOTHÈSES :	33
ÉTAPE 3	35
DISCUSSION & RECOMMANDATIONS.....	36
ANNEXES.....	44
ANNEXE 1: LISTE DES PARTICIPANTS	44
ANNEX E 2: CHRONOGRAMME	45

ANNEXE 3: CARTE DU DISTRICT	46
ANNEXE 4: CIBLE DES ENTRETIENS.....	47
ANNEXE 5: QUESTIONNAIRES	48

REMERCIEMENTS

À UNICEF pour son appui aux activités de lutte contre la malnutrition aiguë sévère,

À la Direction Régionale de la Santé et au District Sanitaire de la Commune II de Bamako pour leur engagement dans cette investigation,

Au CMN¹ pour son accompagnement tout au long de ce travail,

Au personnel ACTED et aux personnes associées aux investigations,

À la Mairie de la Commune II et aux autres acteurs clef pour leur engagement dans les activités de suivi de la prise en charge de la malnutrition,

Aux chauffeurs qui nous ont permis d'accompagner les équipes d'investigation sur le terrain.

¹ COVERAGE MONITORING NETWORK

ABBREVIATIONS

ACTED	AGENCE D'AIDE À LA COOPÉRATION TECHNIQUE ET AU DÉVELOPPEMENT
ASACO	ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
ATPE	ALIMENT THERAPEUTIQUE PRET A L'EMPLOI
CMN	COVERAGE MONITORING NETWORK
CSCOM	CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
CSREF	CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DRS	DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
DS	DISTRICT SANITAIRE
DTC	DIRECTEUR TECHNIQUE DU CENTRE
MAM	MALNUTRITION AIGUË MODEREE
MAS	MALNUTRITION AIGUË SEVERE
PB	PERIMETRE BRACHIAL
PCIMA	PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË
SLEAC	SIMPLIFIED LQAS EVALUATION OF ACCESS AND COVERAGE
SQUEAC	SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS AND COVERAGE
UNICEF	UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND
URENAM	UNITE DE RECUPERATION ET D'EDUCATION NUTRITIONNELLE AMBULATOIRE MODEREE
URENAS	UNITE DE RECUPERATION ET D'EDUCATION NUTRITIONNELLE AMBULATOIRE SEVERE
URENI	UNITE DE RECUPERATION ET D'EDUCATION NUTRITIONNELLE INTENSIVE
VAD	VISITE A DOMICILE

RÉSUMÉ

Le programme d'appui à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau communautaire a réellement débuté en novembre 2013 après une période d'installation commencée en août 2013. Ce programme concerne la Commune II de Bamako, donc un programme de type urbain. Toutefois, on observe de nombreux déplacements pour une partie de la population, déplacements de personnes habitant sur une autre commune, venant travailler en journée et repartant le soir ou déplacements en fonction des activités (départ sur des zones de culture hors de la ville en saison d'hivernage).

L'évaluation selon la méthodologie SQUEAC a eu lieu du 19 janvier au 11 février 2015 et a été accompagnée des conseils à distance du CMN. La période étant une période plutôt favorable aux enfants en termes d'accès à une alimentation suffisante et de qualité ou de moindres maladies, les cas de malnutrition aigüe sévère étant plus rares à cette époque, l'évaluation a été interrompue après la 2^{ème} étape afin de favoriser l'approfondissement des deux premières étapes. La couverture globale n'a donc pas été estimée. Toutefois, les investigations ont permis de repérer et confirmer des zones à faible couverture et d'approfondir le sujet des abandons, sujet prépondérant et préoccupant dans ce district. Des boosters et barrières ont été identifiés et des recommandations faites, recommandations assorties d'une première ébauche de plan d'actions.

Les principales barrières retenues et recommandations concomitantes concernent :

- **L'insuffisance de connaissances sur les signes, les causes et le traitement de la malnutrition :** les sensibilisations, telles que menées actuellement, n'apportent pas suffisamment et largement de connaissances et ne permettent pas d'influer suffisamment sur les pratiques. De ceci résulte la nécessité de revoir les stratégies et modes de communication, avec l'implication du réseau traditionnel des communicateurs pour le développement (griots) ou autres groupes identifiés,
- **Persistance du recours aux soins traditionnels :** même si on constate des progressions de recours au CScom en première intention, le recours aux soins traditionnels ou aux médicaments de la rue reste encore très présent. Des actions visant plus d'implication des tradithérapeutes, dont leur formation pour la reconnaissance des signes de la malnutrition et le référencement vers les CScoms, seraient à mettre en œuvre,
- **Insuffisance du dépistage communautaire :** le dépistage au niveau communautaire existe mais il reste limité. Un renforcement de l'accompagnement des relais est nécessaire par les services de santé et ceux de la mairie. De nouvelles formes de dépistage prenant plus en compte la proximité (mères d'enfant de 6 à 59 mois ; femme référente dans les cours ...) seraient à envisager,
- **Dans la prise en charge :** on trouve encore quelques faiblesses d'application du protocole national au niveau des critères d'admission et de décharge, de la prise du périmètre brachial à l'admission, du suivi des absents, du rapportage alors que des formations et des suivis ont eu

lieu pour les principaux acteurs de la prise en charge dans les URENAS. L'application du protocole devrait être suivie à travers un renforcement des activités de supervisions formatives par le district sanitaire et par le partenaire,

- **D'une manière générale**, le programme nécessiterait plus d'implication de tous les niveaux de la société dans la mise en œuvre ou l'accompagnement des actions.

Les recommandations et le plan d'action ont fait l'objet d'un atelier incluant un maximum de personnes ressources prêtes à s'engager dans les actions d'amélioration de la santé des enfants en général et de la lutte contre la malnutrition en particulier.

OBJECTIFS :

Objectif général :

Evaluer la couverture² du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et identifier les barrières à l'accès aux soins chez les enfants de 6 à 59 mois dans le District sanitaire de BAMAKO Commune II, au moyen d'une Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

Objectifs spécifiques :

- Former les différents intervenants du programme (DRS, DS, Personnel ACTED) à la méthodologie SQUEAC
- Analyser les données et les indicateurs du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
- Identifier les boosters et les barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
- Etudier des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible dans la zone d'intervention
- Estimer³ la couverture globale du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans la zone cible, si pertinent
- Formuler des recommandations pour améliorer l'accessibilité et la qualité pour le service de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et augmenter le niveau de couverture dans les zones d'intervention du programme
- Proposer un plan d'actions pour la période consécutive à l'investigation.

CONTEXTE

1. Le District sanitaire de BAMAKO Commune II

Bamako, capitale du Mali, est située de part et d'autre du fleuve Niger.

² Il s'agit des objectifs initiaux des TdR de la SQUEAC. Ceux-ci ont été adaptés en cours de l'évaluation; la couverture globale n'a pas été estimée.

³ Les objectifs spécifiques ont suivi la même adaptation

Bamako se situe en zone soudanienne avec un climat aux saisons bien marquées, la saison sèche étant plus longue que la saison humide. L'évaluation SQUEAC a été réalisée en saison sèche.

La ville est divisée en six communes. L'évaluation SQUEAC a eu lieu sur la commune II ; District sanitaire et Commune ont les mêmes limites [ANNEXE 3: CARTE DU DISTRICT](#).

La commune II d'une superficie d'environ 16km² est divisée en 12 quartiers⁴ et compte parmi eux les plus anciens dont celui qui est l'origine des fondateurs de Bamako, le quartier de Niaréla. La population est estimée en 2014 à 190536 habitants dont 15.6% sont des enfants de 6 à 59 mois (soit 29724).

Le "Bambara" est la langue la plus parlée à Bamako. Plusieurs groupes ethniques vivent sur ce même territoire : mandingues, berbères, dogon, peulh, bozos, songaïs ... parlant le bambara pour la plupart.

La principale religion est l'islam mais des lieux catholiques et protestants existent sur la Commune II.

La commune est limitée au Nord par le pied de la colline du point G, au sud par le Niger, quartier où on retrouve la petite communauté de pêcheurs (les bozos), à l'est par le cours du marigot Korofina et à l'ouest par la limite de la route goudronnée traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs. Les deux zones nord et sud hébergent un habitat peu structuré. Le quartier de la zone industrielle est très étendu ; y sont installées de nombreuses industries. De grands marchés occupent également de grands espaces où les activités marchandes sont très diversifiées.

Les activités de revenu viennent du petit commerce des denrées de base et des fruits et légumes, des revenus de la pêche, du maraichage qui occupe de multiples espaces dans les quartiers, du commerce général (tissus, accessoires automobile...) et de l'emploi dans la zone industrielle. Plusieurs marchés de vente d'ovins sont installés sur la commune. La période d'investigation était plutôt favorable en termes d'accès à la nourriture. En effet, les récoltes sont récentes favorisant des prix moins élevés et le maraichage local ainsi que la pêche alimentent les marchés. Cela a pour résultat une meilleure alimentation des enfants en quantité et en qualité, diminuant de fait le nombre estimé d'enfants atteints de malnutrition, ce dont on ne peut que se réjouir sur cette période.

2. Situation nutritionnelle

Au Mali, la malnutrition constitue un problème de santé publique comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Elle est une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit d'un problème de santé à dimension multifactorielle.

Une Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective nationale a été réalisée de juin à août 2014. La prévalence de la malnutrition aiguë globale observée sur l'ensemble des régions est de 13,3% et celle de la malnutrition aiguë sévère 2,9%.

Au niveau du **District de Bamako**, la **prévalence de la malnutrition aiguë sévère** selon le z-score du rapport poids-taille (P/T) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de **3% [1,8- 4,8]**, la malnutrition aiguë globale à 14.2% [11,6-17,1] et la malnutrition aiguë modérée à 11.2% [9,3-13,4]. La SMART nationale de 2013 estimait la prévalence à 1,6% pour la Commune II de Bamako.

L'enquête SMART de 2014 a été menée en saison de pic de malnutrition (juin – août) ce qui peut expliquer la progression de 2014. A contrario, la présente évaluation SQUEAC a été menée à une période de moindre prévalence.

⁴ Niaréla, Bagadadji, Médina-coura, Bozola, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone industrielle, Bougouba et N'Gomi

3. Services de santé et de nutrition

La Commune 2 de Bamako comprend actuellement 1 centre de santé de référence (CSRef), 6 CSComs, 1 centre de santé évangélique, 1 centre de santé mutualiste. Ces 9 structures de santé disposent chacune d'une URENAM et d'une URENAS. Avant l'arrivée d'ACTED, les activités de nutrition s'y déroulaient de manière très discrète, avec très peu d'enfants malnutris détectés et pris en charge dans les UREN. L'appui d'ACTED a permis de dynamiser les activités de nutrition et toutes les URENAS de la commune II sont maintenant fonctionnelles. Trois aires de santé sur les neuf de la carte sanitaire ne comportent toujours pas de CSCom et par conséquent pas d'UREN (Missira, Quinzambougou et Bagadadji). Un CSCom est en cours de construction dans l'aire sanitaire de Bagadadji.

Chaque URENAS est organisé autour du directeur technique du centre (DTC), un agent de santé chargé de nutrition et de plusieurs autres agents de santé.

L'URENI du CSRef de la commune n'est toujours pas fonctionnelle. Par conséquent, ces enfants sont encore référés à l'Hôpital Gabriel Touré où ils sont pris en charge pour être hospitalisés.

4. Le programme de prise en charge

Arrivé en août 2013, ACTED a commencé son intervention d'accompagnement du DS de Bamako Commune II en novembre 2013 avec l'arrivée du responsable programme.

95 relais communautaires ont été identifiés par les ASACO en début d'année 2014, ils ont été formés en janvier-février par le district sanitaire avec l'appui des agents ACTED, dans les CSComs, et par sessions de 3 jours. Leurs activités de dépistage ont commencé en février. Les activités de dépistages sont suivies par 2 animateurs et 2 monitrices. Une réunion mensuelle, dans chaque CSCom, permet de rassembler les relais rattachés à l'URENAS afin de recueillir les données des activités qu'ils ont effectuées dans le mois (dépistages, VAD, séances d'IEC). Actuellement, 81% des relais participent à cette réunion ; la réunion leur permet de recevoir une indemnité pour leurs frais de transport de 1500Fcfa. Une campagne de dépistage a été organisée en juin 2014 et a couvert une grande partie du district.

Au niveau des URENAS, plusieurs agents de santé ont été formés ou recyclés en 2 jours sur le protocole national de PeC. Les DTC et les chargés de nutrition ont été formés séparément par le médecin point focal nutrition du district, la responsable programme et son assistant. Par la suite, les superviseurs ACTED accompagnent les jours de suivi nutritionnel des enfants.

5. Enquêtes et Évaluations de couverture

Le district de Bamako Commune II n'a pas encore effectué d'évaluation de la couverture selon la méthodologie **SQUEAC** (Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture).

Néanmoins, en avril-juin 2014, une enquête de couverture de la “Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë” (PCIMA) avec la méthode **SLEAC** (Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié) a été réalisée au Mali. Au niveau national, la couverture actuelle a été estimée à 22,3 % (IC 95 % = 16,7 %, 27,6 %). Lors de la SLEAC 2014, la couverture pour la région de BAMAKO dans son ensemble n'a pas été complétée à cause d'une taille d'échantillon insuffisante.

PROCESSUS D'INVESTIGATION

L'outil d'Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC) a été développé par Valid International, FANTA, Brixton Health, Concern Worldwide, ACF et World Vision pour fournir une méthodologie efficace et précise afin d'identifier les barrières d'accessibilité aux services et estimer la couverture des programmes de nutrition.

L'ONG ACTED a bénéficié pour cette investigation du support technique du projet « Coverage Monitoring Network » (CMN). Le projet CMN est une initiative conjointe réunissant plusieurs organisations internationales. Cette participation à distance a contribué à l'accompagnement technique dans la réalisation de l'investigation et au support dans la validation du rapport final.

SQUEAC est une évaluation « semi-quantitative » combinant deux types de données :

- données quantitatives : données de routine et données collectées au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones
- données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté et des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

L'évaluation se déroule en trois étapes :

- Étape 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité
- Étape 2 : Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones
- Étape 3 : Estimation de la couverture globale.

L'évaluation pour la commune II de Bamako s'est déroulée dans l'ensemble du district sanitaire sur la période du 19 janvier au 11 février 2015.

La formation de l'équipe s'est déroulée de manière concomitante à l'investigation, alternant des sessions de formation théorique pour chaque étape clef et des phases de mise en œuvre directe sur le terrain. Les deux médecins point focaux nutrition de la DRS et du DS ont participé à la formation et aux étapes de terrain. Au niveau d'ACTED, la responsable programme nutrition et son assistant ont suivi la formation ainsi que 4 personnes du staff national.

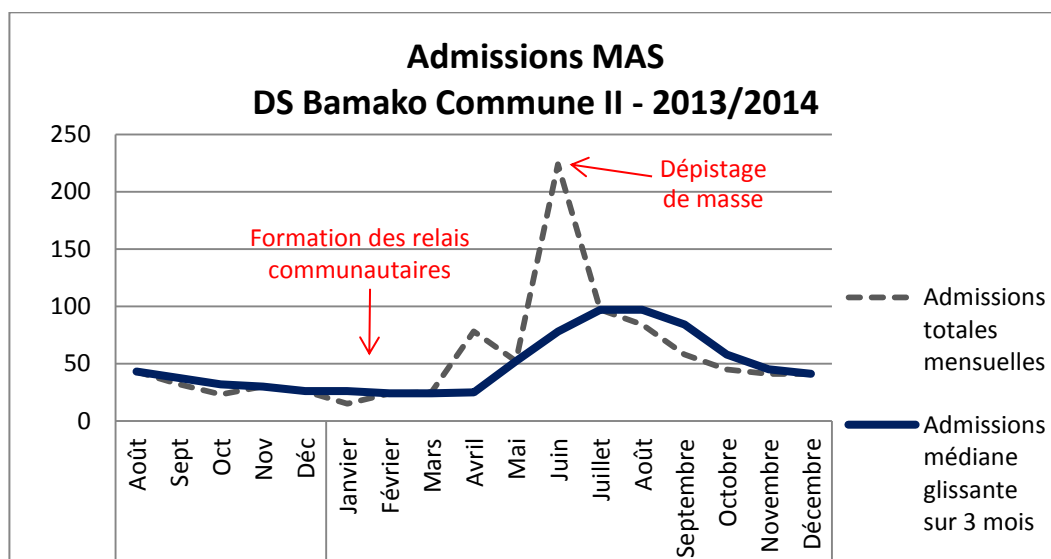
Pour la partie des enquêtes, 2 animateurs du programme de PeC et 5 agents du programme AMEU ont rejoint les équipes et ont reçu une formation spécifique à la partie des enquêtes.

ÉTAPE 1

DONNÉES QUANTITATIVES

Admissions

Admissions dans le temps en lien avec le calendrier saisonnier

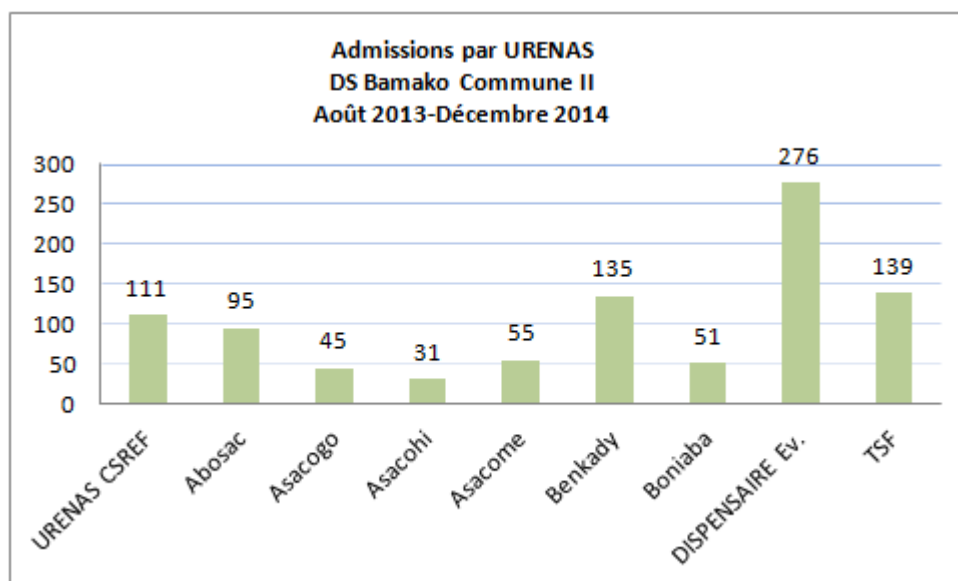


	Hivernage	Saison froide	Saison sèche	Hivernage	Saison froide
Déplacements				Champs hors Bamako	
Occupations des femmes		Maraichage		Travaux champêtres	Maraichage
Maladies	Paludisme / Diarrhées			Paludisme / Diarrhée	Ebola
				Pic malnutrition	
		IRA			IRA
Fêtes				Jeûne	
Variation des prix	Augmentation des prix du marché			Augmentation des prix du marché	

Les admissions ont commencé à évoluer en mars 2014 suite à la formation des relais communautaires et au début de leurs activités dans leurs quartiers respectifs. Le pic de juin survient à la suite de la campagne de dépistage massif puis les admissions reprennent une courbe plus basse qui reste malgré tout élevée en juillet et août, période où le paludisme est aussi plus présent. Les kits d'hygiène remis aux mères venant faire vérifier l'état nutritionnel de l'enfant a aussi massivement attiré les femmes dès leur mise en place en avril.

Puis, jusqu'à la fin de l'année 2014 les admissions diminuent et les cas de MAS se font plus rares. Les relais disent qu'ils dépistent et trouvent moins d'enfant MAS actuellement. Les périodes d'IRA n'ont pas eu un impact très important sur l'augmentation des cas.

Admissions par URENAS



Avant la mise en œuvre du programme, plusieurs URENAS ne fonctionnaient pas ou fonctionnaient au ralenti, expliquant les admissions faibles ou inexistantes. Ces URENAS n'avaient pas de matériel de pesée, pas de registre, parfois pas d'intrants. Seuls l'URENAS du CSREF et celui du Dispensaire évangélique avaient un nombre plus important d'admissions, le premier en tant que centre de référence voit arriver des enfants de toute la commune, le second étant un centre très sollicité pour son bon accueil.

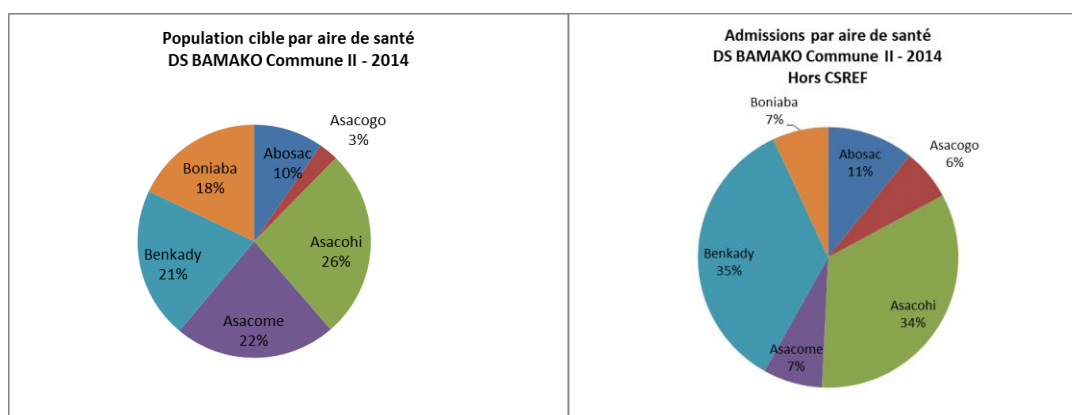
En 2014, les admissions ont progressés en même temps que l'installation du programme, la formation des agents de santé et des relais, les dotations aux URENAS, les dépistages actifs, etc.

Quelques URENAS reçoivent plus d'admissions que d'autres :

- Dispensaire évangélique où le dépistage passif est systématique, accueille aussi beaucoup d'enfants « hors zones ». La majorité des admissions URENAS sont dues aux consultations médicales.
- Benkadi qui est une zone très vaste à population plus pauvre d'après le DTC et où tout le personnel (DTC, chargée nutrition) est très impliqué et motivé sur ce programme.
- TSF, centre privé, qui a sur sa zone une femme relais communautaire très active et qui est aussi un centre très sollicité.

A l'opposé, l'URENAS de ASACOH I reçoit très peu d'enfants malgré une zone très étendue. Il semblerait qu'il n'y ait pas systématiquement de dépistages actifs lors des consultations médicales. L'influence du Dispensaire Evangélique, apprécié sur le plan de l'accueil de prise en charge, situé sur la même aire sanitaire est peut-être un élément de moindre fréquentation d'ASACOH I au niveau de la demande de traitement de la malnutrition car ce CScom est bien fréquenté lors des journées de vaccination.

Admissions selon la population cible



Les données sont présentées ici hors CSREF car il n'y a pas de population cible déterminée, s'agissant du centre de référence. Le CSREF participe pour 10% au total des admissions du district.

Les graphiques « population cible » et « admissions » mettent en avant certaines disparités selon les zones. Ainsi, BONIABA qui compte 18% des enfants de 6 à 59 mois de la commune II n'accueille que 7% en prise en charge. De même pour ASACOME, avec 7% d'admissions pour 22% de population cible dans le district.

À l'inverse, BENKADI reçoit 35% des admissions pour une population cible de 21%. Il faut tenir compte ici que les admissions sont réalisées par deux URENAS dans l'aire sanitaire et qu'il n'existe pas de données population pour TSF qui est un centre mutualiste inclus dans cette aire sanitaire de BENKADI ; le centre de TSF représente 48% des admissions totales de l'aire de santé de Benkadi.

C'est aussi le cas pour ASACOH I où le % des admissions a un taux supérieur à sa population cible ; les admissions viennent principalement de la part conséquente apportée par le dispensaire évangélique (89% des admissions de l'aire sanitaire). Toutefois, ce résultat est à modérer par le nombre important des abandons dans cette URENAS.

Selon ce critère, on pourra supposer que trois aires sanitaires ont des couvertures faibles : ASACOH I, BONIABA ainsi que l'aire d'ASACOME; une aire sanitaire aurait une couverture moyenne : ABOSAC ; deux aires sanitaires auraient une couverture élevée : ASACOGO et BENKADI.

Critères et types d'admission

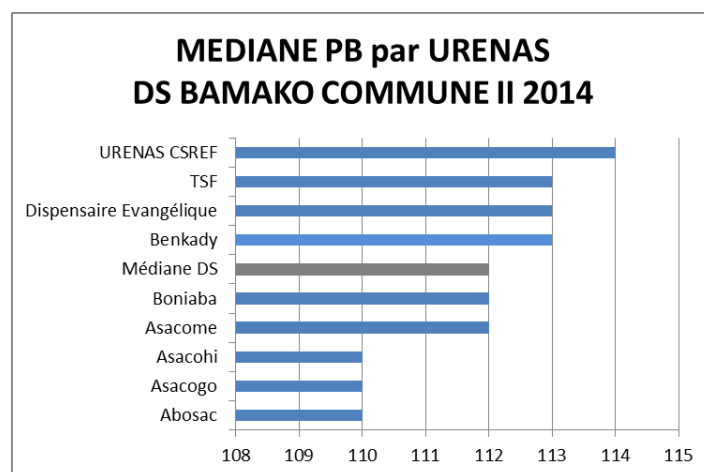
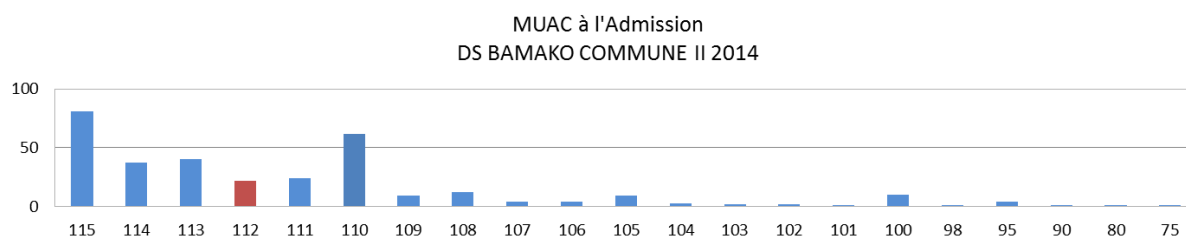
En 2014, 88% des enfants admis sont des nouvelles admissions, 10% sont des réadmissions et 2% des transferts.

Il y a très peu d'enfants admis sur PB (moins de 1%). Les admissions sur PB+P/T représentent 35%, les admissions sur P/T, 65%. Il n'y a pas de données d'œdèmes répertoriées.

Le faible taux d'admissions sur PB laisse à penser que la maîtrise du protocole national reste insuffisante ou insuffisamment appliquée.

Les données concernant les portes d'entrée des enfants admis ne sont pas suffisamment collectées. Selon les registres, il n'y a que deux catégories, les admissions venant du niveau communautaire (31%) et les autres considérées comme des admissions directes.

Périmètre brachial à l'admission



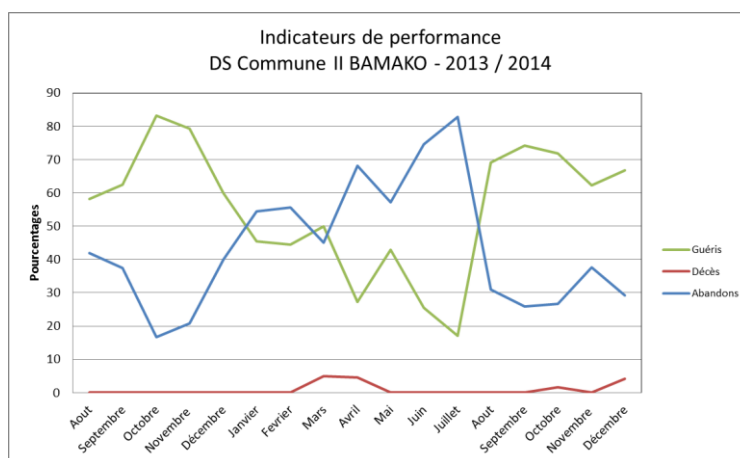
Il existe une tendance à arrondir les mesures prises au « 5 » ou « 10 » sur l'ensemble des mesures, soit à la prise de mesure, soit à la transcription. Dans plusieurs URENAS, cette mesure est prise par une personne autre que la chargée de nutrition.

Si la médiane à 112 indique un recours relativement correct, en examinant tous les PB à l'admission dans les registres, on se rend compte qu'un nombre important des admissions se sont faites en 2014 avec des PB allant de plus de 125 et jusqu'à 149, avec la même particularité d'arrondis de 5 en 5.

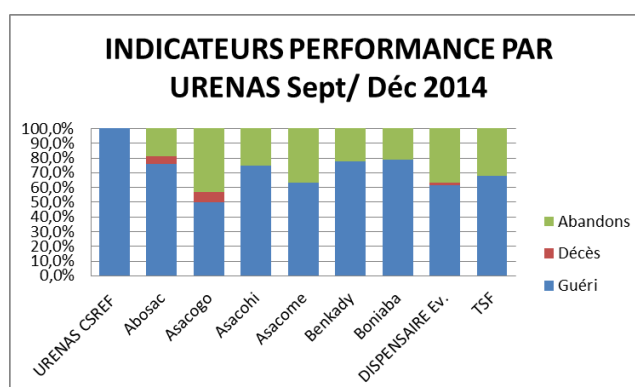
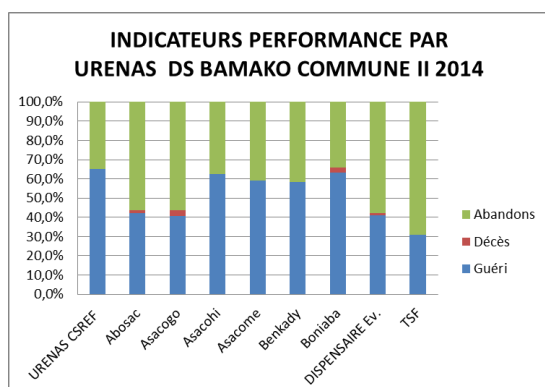
Il y a aussi un certain nombre d'enfants admis avec des PB très bas indiquant des arrivées tardives dans le programme. On peut penser à une insuffisance de maîtrise du protocole actuel, à des mesures anthropométriques de faible qualité, une difficulté d'application de la table de z-score mais aussi à des admissions de complaisance sur les PB les plus élevés.

En faisant l'analyse par URENAS, il existe des disparités avec trois centres ayant des admissions tardives (Médiane PB à 110). Ainsi, les URENAS d'ASACOHI, d'ASACOGO et d'ABOSAC peuvent, sur ce critère, être considérées comme étant à couverture faible.

Indicateurs de performance



Indicateurs de performance par URENAS



Les enfants décédés en mars – avril sont des enfants des URENAS d'Asacogo, Boniaba et Dispensaire Evangélique. Les décès de décembre ont eu lieu dans les URENAS d'Abosac et du Dispensaire Evangélique. Les décès enregistrés sont soit dû à la non détection des complications ou détection faite mais l'accompagnant ne s'est pas rendu à l'URENI, soit aux admissions tardives.

La progression des abandons est très sinueuse et, après analyse avec les équipes du programme, il ressort une irrégularité dans la notification, non systématique ; des enfants notés comme « abandons » sont en fait des enfants qui n'ont plus à être dans le programme. Ce point est en cours d'amélioration suite à l'accompagnement d'ACTED dans les URENAS.

En 2014, le pic de juillet fait suite au nombre important d'admissions venues par la campagne de dépistage. Il y a eu à ce moment plusieurs facteurs :

- L'affluence dans les URENAS a découragé certains accompagnants à cause du temps passé à attendre lors de la prise en charge ou des suivis
- Les informations sur le traitement, utilisation du PPN, durée du traitement ont pu être rapides et mal comprises des accompagnants.

- Les gens ont afflué par attrait des kits, viennent une fois puis abandonnent
- Beaucoup d'enfants étaient en fait des résidents hors Commune II et ne sont plus revenus.

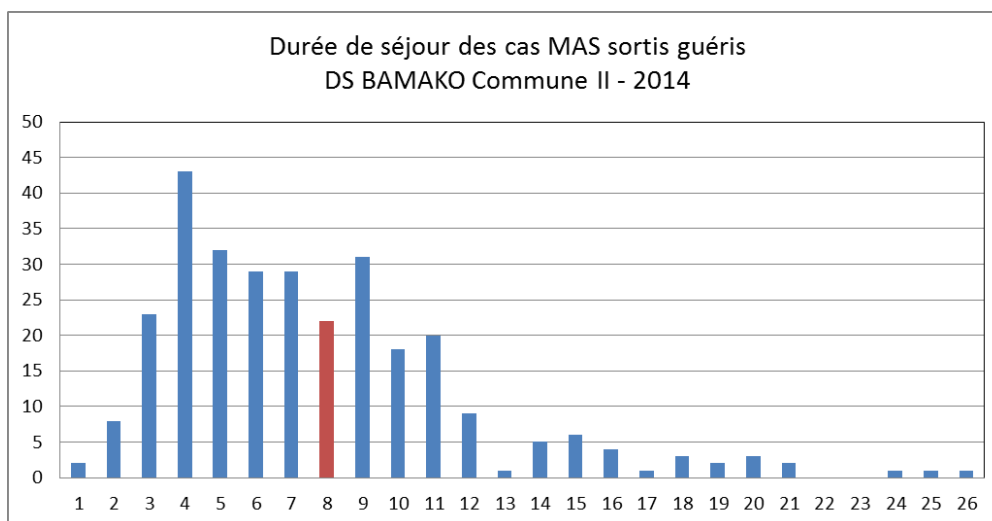
Si l'on se fie aux indicateurs de performance, tous les URENAS ont des taux d'abandons au-delà de 15% et sont susceptibles d'avoir une couverture faible.

Sur les quatre derniers mois 2014, les URENAS du CSREF, de Benkadi, de Boniaba et d'Asacohi ont amélioré leur performance avec un taux de guéris ayant atteint ou dépassé 75%.

Sur ces quatre derniers mois, les hypothèses de couvertures ont ainsi évolué :

Hypothèse de couverture	URENAS
Faible	Abosac, Asacogo, Dispensaire
Moyenne	Asacome, TSF
Élevée	CSREF, Benkadi, Boniaba, Asacohi

Durée de séjour des guéris



La médiane de la durée de séjour des enfants MAS guéris se situe à 8 semaines, soit une période de prise en charge assez longue pouvant avoir un impact sur les abandons. Cette médiane est allongée par des durées de séjour extrême de 10 semaines et plus, jusqu'à 26 semaines.

Les durées de séjour sont augmentées par l'irrégularité des accompagnants (répétitions des absences) à venir les jours de suivi nutritionnel. Beaucoup d'accompagnants laissent deux semaines entre deux suivis par non observance du traitement et insuffisance de compréhension du traitement (la ration de PPN dure 2 semaines), à cause des occupations (notamment les femmes avec des activités de petit commerce ou les employés de maison), de la non détection possible de complications nécessitant un transfert vers l'URENI ou encore de la surveillance nutritionnelle qui reste insuffisante.

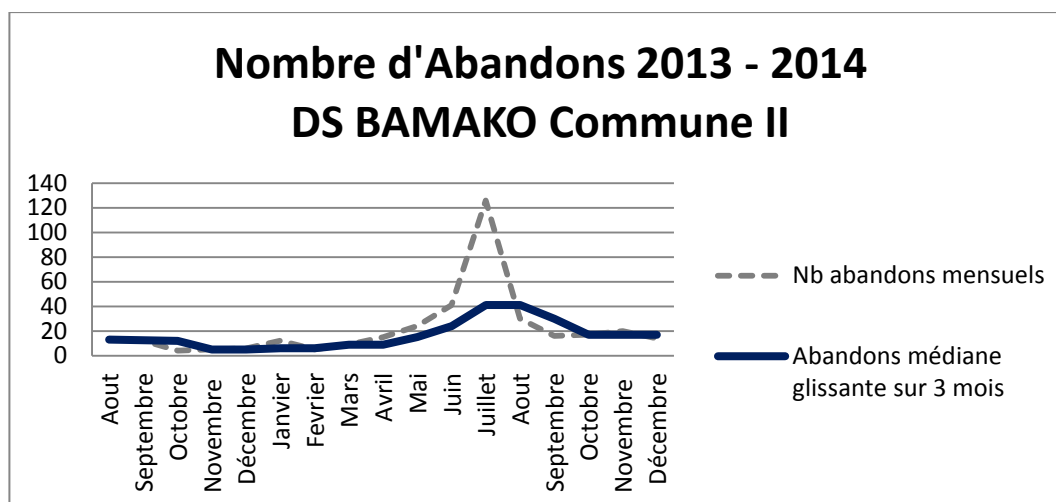
Sur les très faibles durées, on peut penser à des transferts non notifiés (considéré comme nouvelle admission) ou des abandons.

Selon les URENAS, la moyenne de durée de séjour est variable. Ainsi, on peut poser des hypothèses de couverture selon les URENAS.

Hypothèse de couverture	URENAS
Faible (9-10 semaines)	Abosac, Asacome
Moyenne (8 semaines)	Asacogo, Benkadi, Boniaba, Dispensaire, TSF
Élevée (six semaines)	Asacohi, CSREF

Abandons

Abandons dans le temps mis en relations avec le calendrier saisonnier



	Hivernage	Saison froide	Saison sèche	Hivernage	Saison froide
Déplacements				Champs hors Bamako	
Occupations des femmes		Maraichage		Travaux champêtres	Maraichage
Maladies	Paludisme / Diarrhées			Paludisme / Diarrhée	Ebola
		IRA			IRA
Fêtes				Jeûne	
Variation des prix	Augmentation des prix du marché			Augmentation des prix du marché	

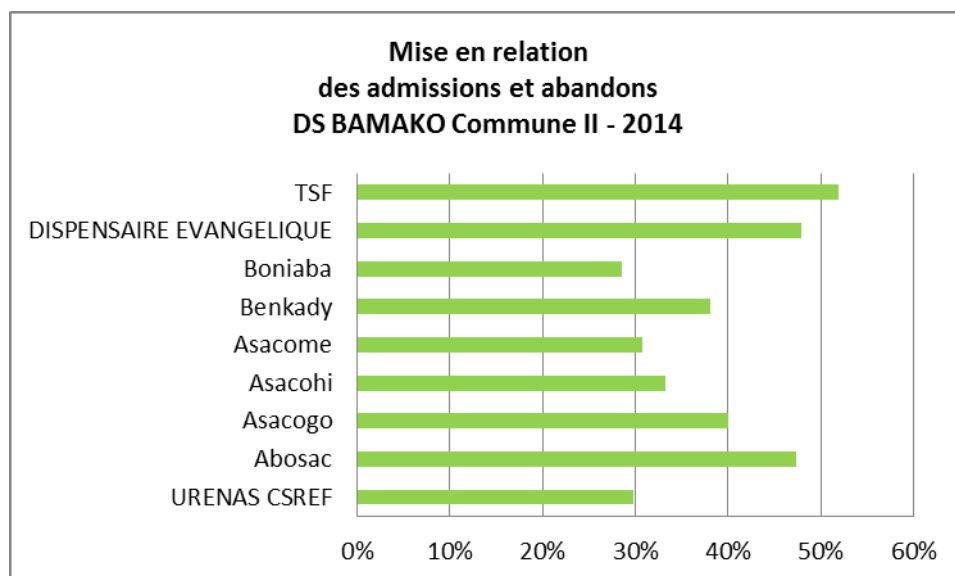
Les abandons ont connu un pic en juillet, suite à la période de dépistage massif et d'augmentation des admissions comme expliqué précédemment.

En août et septembre, les mères se rendent vers des zones de culture hors de Bamako et ont quitté le programme. Il peut aussi y avoir l'impact de la période de jeûne.

Devant l'étendue du problème des abandons, une étude a été menée pour tenter de trouver d'autres explications à ce phénomène. Il a été très difficile de retrouver certains accompagnants par défaut d'informations de contact exactes. Ces informations ne sont jamais disponibles pour plus de 50 % de l'échantillon, quel que soit le centre concerné. L'étude a mis en avant des raisons liées au refus de consommer le PPN par l'enfant, à la non reconnaissance de l'état de malnutrition de l'enfant par l'accompagnant, aux déplacements pour raison sociale et familiale ou au manque de disponibilité des

mères. Toutes ces raisons laissent penser à un déficit d'information sur le traitement par le PPN, son mode d'administration, sa durée et les possibilités de ration adaptées selon le déplacement, voire de référencement ou de transfert en cas d'absence prolongée. Fin 2014, malgré les mesures mises en place, le taux est toujours à 30%.

Abandons par URENAS

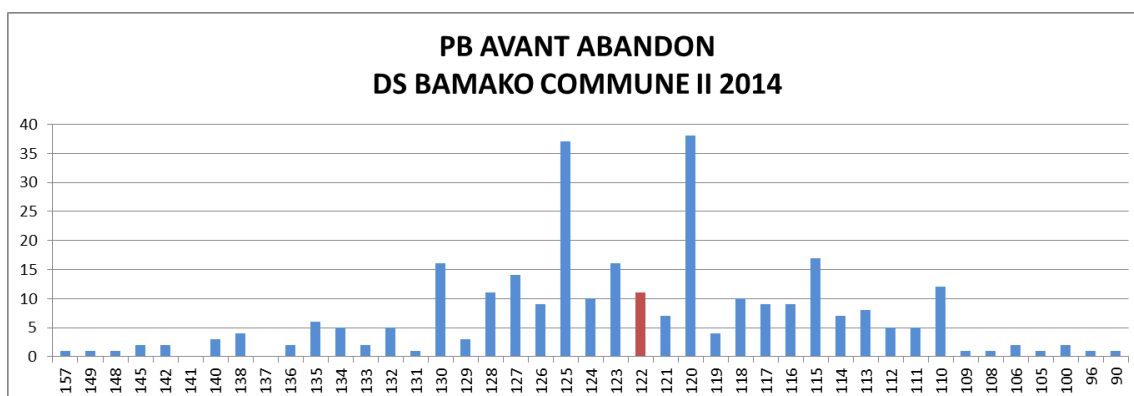


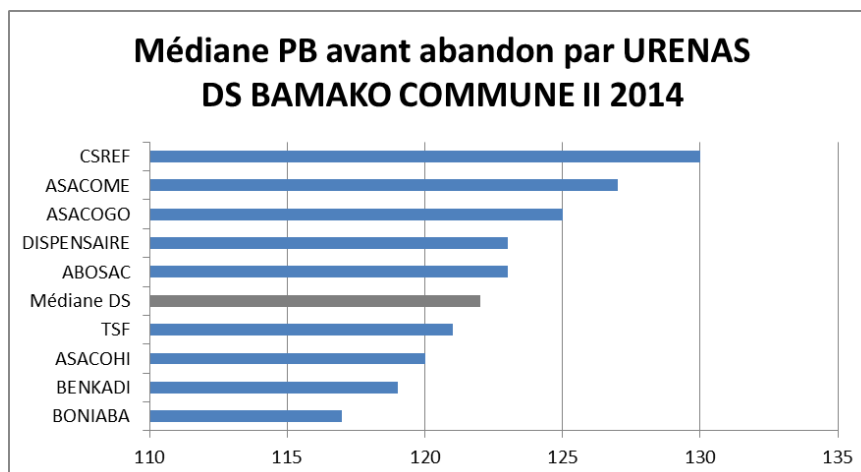
Tous les URENAS ont de fort taux d'abandons avec le maximum sur les 2 centres privés et ceux d'Abosac, Asacohi et Asacogo et de Benkadi.

La difficulté de compréhension de ce phénomène d'abandons massif vient de ce que les abandons peuvent être aussi nombreux pour des enfants qui habitent dans un périmètre relativement proche du CSCom que pour ceux venant de « hors zone ».

Il est à noter, sur les zones des centres privés, celle du CSREF et une partie d'Asacohi (Hippodrome 2 où se situe le Dispensaire Evangélique), que ce sont des zones sans relais et qu'ainsi la recherche d'abandon n'existe quasiment pas, d'autant plus que les contacts ne sont pas toujours clairement indiqués dans les documents support des centres. La zone d'Abosac est une zone de marché, donc de passage.

Périmètre brachial avant abandon

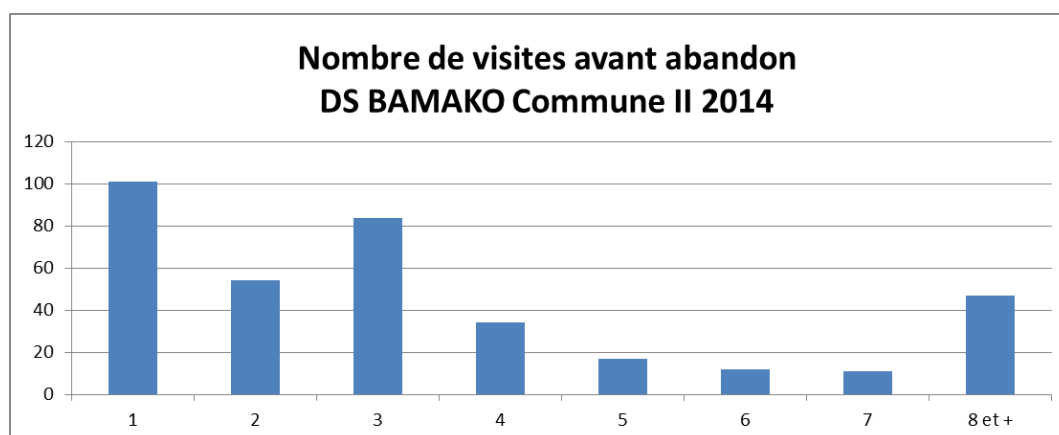




On retrouve dans les PB avant abandon les mêmes remarques que pour les admissions, à savoir les arrondis au « 5 » et au « 0 ». On se rend compte qu'une grande partie des abandons ont un PB à plus de 125 et ne devraient plus être dans le programme MAS. L'utilisation unique du critère de « poids cible » pour la décharge des enfants peut être à l'origine des décharges tardives, enfants qui ne sont en fait plus des MAS mais des MAM. Pour certains, ce sont des enfants qui n'auraient sans doute pas dû être admis MAS (en lien avec les cas d'admis MAS avec PB élevé).

Des enfants ont abandonnés avec des PB faibles, mettant leur vie en danger.

Durée de séjour avant abandon



Pour un grand nombre, l'abandon se situe dès la première semaine et toutes les hypothèses se posent encore là sur ces raisons d'abandon :

- Enfants n'habitant pas la zone, ou enfants n'ayant pas à être admis en URENAS,
- Non reconnaissance ou mauvaise compréhension de la maladie par l'entourage de l'enfant,
- Mauvaise compréhension de la durée du traitement,
- Problèmes d'accueil,
- Indisponibilité des accompagnants, départs

Quant aux enfants ayant abandonnés à plus de 8 semaines, on peut penser à des enfants guéris non déchargés, ou des notifications de guérison non inscrite sur les fiches de suivi et dans les registres. Ces cas peuvent aussi être des enfants avec absences répétées, ce qui rallonge leur durée dans les URENAS et peut conduire à l'abandon par lassitude.

Référencement vers URENI

En 2014, 29 enfants ont été référés des URENAS vers l'URENI de l'Hôpital Gabriel Touré.

Ces enfants ont été référés pour faible appétit (18), non réponse au traitement (6), fièvre (1), œdèmes nutritionnels (2).

Parmi les 8 enfants qui n'ont pas été présentés à l'URENI, un est décédé.

Niveau communautaire

Dépistages communautaires et référencement

➤ Campagne de dépistage

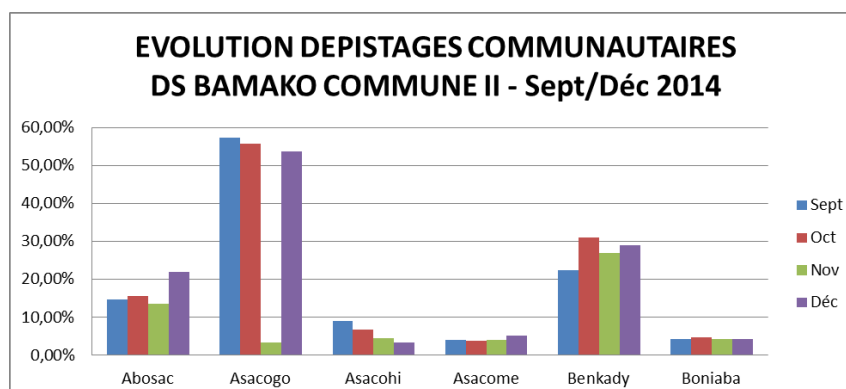
Une campagne de dépistage a eu lieu sur 3 jours en juin 2014, dans toutes les aires sanitaires. La campagne s'est déroulée grâce à la participation d'un grand nombre d'acteurs : CSREF, FELASCOM, Mairie de la Commune II, Agents de santé des CSCOM, relais communautaires. Tous les enfants de 6 à 59 mois de la commune II (nombre estimé à 29724) étaient ciblés par cette campagne ; 96% ont été effectivement dépistés.

Indicateurs	Cas MAS
Nombre d'enfants référés MAS	91
Taux de référencement	0.3%
Nombre d'enfants présentés à l'URENAS	82
Taux de venue	90.1%
Nombre d'enfants admis	125

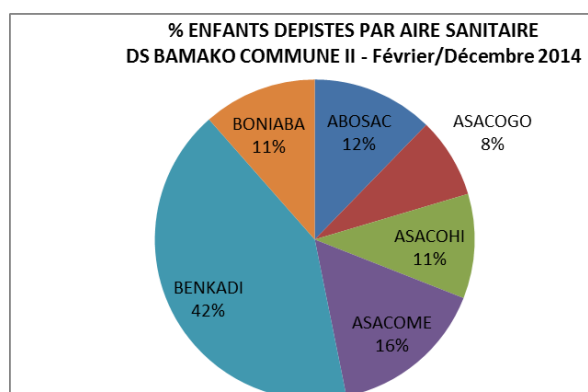
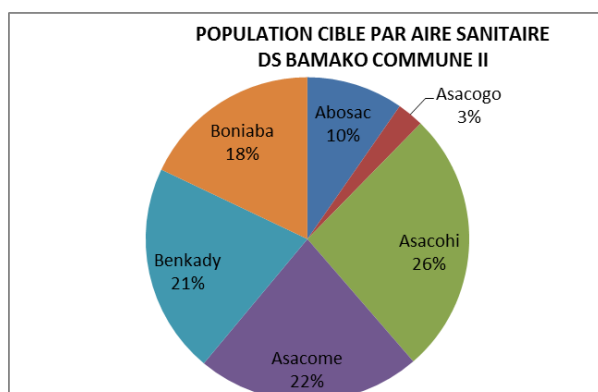
Il est à noter que plus d'enfants sont admis MAS que d'enfants référés MAS. Cela tient aux enfants MAM qui, sur la base du z-score, ont été admis MAS. Des enfants « hors zones » faisaient partie des dépistés.

➤ Dépistage actif

Evolution des dépistages sur les quatre derniers mois 2014



Admissions suite dépistage communautaire



Plus de dépistés que d'enfants dans les aires sanitaires de Benkadi et d'Asacogo.

Sur Benkadi, cela tient :

- à la population de Benkadi qui peut être sous-estimée,
- au fait que les relais de Benkadi avaient en charge l'aire sanitaire de QUIZAMBOUGOU lors du dépistage de masse donc plus d'enfants dépistés et comptés dans l'Aire de santé de Benkadi,
- une femme relais, en particulier est très active et cherche dans tous les secteurs les enfants qui pourraient être malnutris.
- des enfants hors aire sanitaire possiblement dépistés à Benkadi.

L'aire sanitaire d'ASACOGO présente également un taux de dépistage élevé. Dans cette zone, les relais communautaires semblent très actifs. Ils sont bien organisés et mènent à plusieurs les dépistages pour couvrir chaque mois les différents quartiers les uns après les autres.

Certaines aires sanitaires comme Boniaba et Abosac n'ont pas de limites très bien déterminées dans la carte sanitaire et les CSCom sont très proches l'un de l'autre influant sur les admissions.

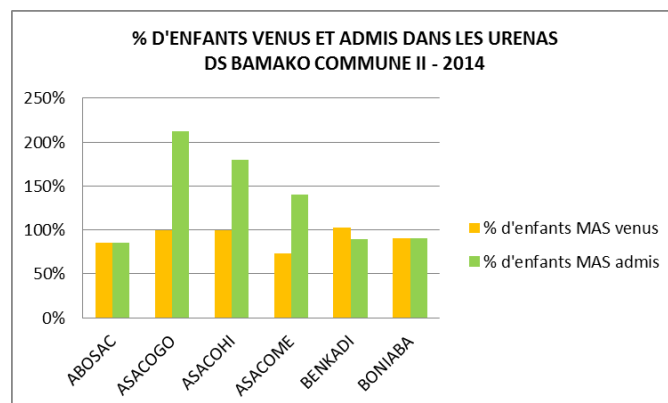
Deux aires sanitaires ont une proportion d'enfants dépistés est inférieure à la proportion d'enfants 6-59 mois : Asacohi et Asacome.

Dans l'aire sanitaire d'Asacohi, une grande partie de l'aire sanitaire (Hippodrome 2 extension) n'a pas de relais communautaires et sur Hippodrome 1, il n'y a que 15 relais pour une surface très vaste.

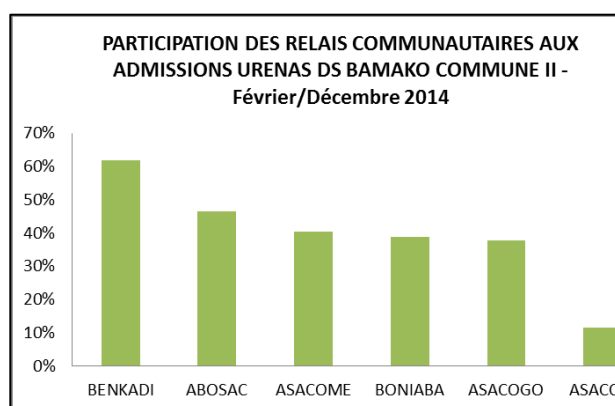
Asacome a la proximité du CSREF et il est possible que des enfants consultent l'URENAS du centre de référence plutôt que celui du CScom.

Sur le critère des activités de dépistages menées dans chaque aire sanitaire, on peut envisager un classement de la couverture de ces zones :

Hypothèse de couverture	URENAS
Faible	Asacohi, Asacome, Boniaba
Moyenne	Abosac
Élevée	Asacogo, Benkadi



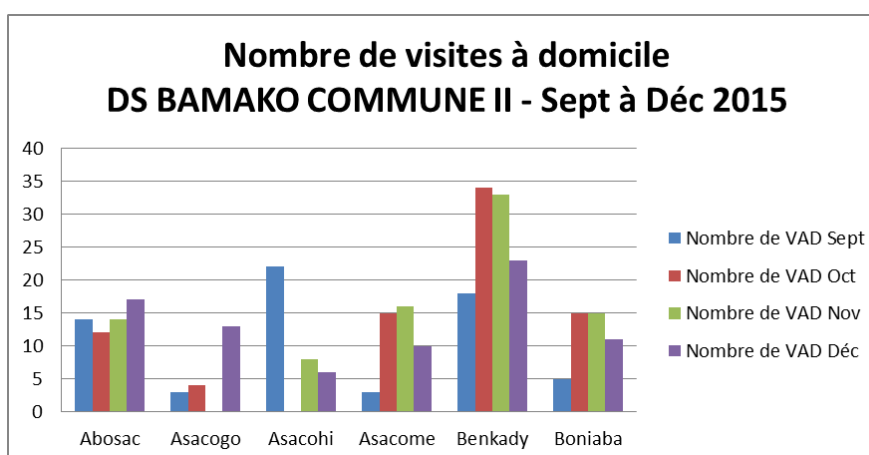
Par ce graphique, on peut constater que la majorité des cas référés sont admis tout au long de l'année et sur la quasi-totalité des aires sanitaires. Mais il faut aussi noter des admissions supérieures aux référencement. Ce sont des enfants dépistés MAM qui sont admis MAS après la prise des mesures anthropométriques et le calcul du z-score. Il serait intéressant de s'attarder sur les aires où cet écart est très grand, pouvant signaler un manque de précision dans la mesure du périmètre brachial.



Benkadi est l'aire sanitaire où la participation des relais dans les admissions atteint un bon pourcentage. La seule aire sanitaire où la participation est plus faible est celle d'ASACOH avec cet élément déjà indiqué du faible nombre de relais pour une très grande zone dont une partie sans aucun relais.

Hypothèse de couverture	URENAS
Faible	Asacohi
Moyenne	Asacogo, Asacome Boniaba
Élevée	Benkadi, Abosac

➤ Visites à domicile et IEC



Les visites à domicile sont effectuées soit par les relais eux-mêmes, soit par les relais accompagnés des animateurs ACTED. Elles sont peu documentées si ce n'est par le rapport qu'en font les relais lors des réunions mensuelles. VAD et séances IEC sont parfois assimilées à une même activité. Concernant les abandons, les relais ne sont pas systématiquement sollicités pour leur recherche et la recherche anticipée des absents n'est pas souvent appliquée.

Des informations concernant la malnutrition, l'alimentation du jeune enfant, l'hygiène, ou encore actuellement sur Ebola sont diffusées au cours des séances d'IEC.

SYNTHÈSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

Aire sanitaire	Rapport Admissions / Population cible	Médiane PB Admission	Indicateurs de performance sur les 4 derniers mois	Durée de séjour	% d'enfants dépistés	Part des dépistages dans admissions totales	VAD/Admissions	Conclusion
URENAS CSREF	Pas d'aire	Elevée	Elevée	Elevée	Pas d'aire	Pas d'aire		
Abosac	Moyenne	Faible	Faible	Faible	Moyenne	Elevée	Elevée	Moyenne
Asacogo	Elevée	Faible	Faible	Moyenne	Elevée	Moyenne	Faible	Moyenne
Asacohi	Faible	Faible	Elevée	Elevée	Faible	Faible	Faible	Faible
Asacome	Faible	Elevée	Moyenne	Faible	Faible	Moyenne	Moyenne	Faible
Benkady	Elevée	Elevée	Elevée	Moyenne	Elevée	Elevée	Moyenne	Elevée
Boniaba	Faible	Elevée	Elevée	Moyenne	Faible	Moyenne	Moyenne	Faible
Dispensaire Evangélique	Dans ASACOH	Elevée	Faible	Moyenne	Dans ASACOH			
TSF	Dans BENKADI	Elevée	Moyenne	Moyenne	Dans BENKADI			

DONNÉES QUALITATIVES

Pour alimenter les analyses qualitatives, toutes les aires sanitaires ont été incluses comme zone de collecte. Des quartiers ou îlots proches des CSCOM ont été investigués, tout comme d'autres endroits plus éloignés des centres de santé.

Cinq équipes de deux enquêteurs ont participé à la collecte. Les équipes ont été supervisées par les points focaux nutrition de la région sanitaire et du district sanitaire ainsi que par la responsable programme et la responsable de l'évaluation SQUEAC.

Les informations ont été recueillies au travers d'entretiens individuels ou de focus groupes, également d'observations ou de discussions informelles. Certains entretiens et les observations ont été réalisés par la responsable de l'évaluation SQUEAC.

Les personnes interrogées étaient soit directement, soit indirectement concernées par le programme⁴⁷.

Les termes de la malnutrition avaient été définis lors de la préparation des investigations avec le personnel du programme. Toutefois, cette première liste a été enrichie au cours des entretiens. Plusieurs types d'identification apparaissent, des termes liés à l'alimentation, d'autres liés à des causes ou des interprétations.

<i>Marasme</i>	<i>Langue</i>	<i>Traduction</i>
Balokô djougou yâ	Bamanakan (Bambara)	Mauvaise alimentation
Balokô gnoma dece		Manque de bonne nourriture
Balokô dece (ou Balo dece)		Manque d'alimentation
Doumou ni bana		Maladie du manger
Doumou ko décé		Manque de nourriture
Doumou ni douma dombalia		Manque de bonne nourriture
Fassani (ou Fassa)		Amaigrissement
Sere dein (ou denisin)		Grossesses rapprochées (enfant serré)
Sindjico dece		Manque de lait maternel
Finfin-ni		Maladie qui se trouve dans le ventre de l'enfant
Djoli dogoya bana		Maladie du manque de sang
Toumou bana		Maladie des vers
Konona djôli		Plaie du ventre
Houna lola	Sonraï	Maladie du mal nourri
Giya	Dogosso (Dogon)	Insuffisance alimentaire
Me hedi	Fulfulde (Peul)	La faim
Souga maharata	Fulfulde	Enfant mal nourri

<i>Kwashiorkor</i>	<i>Langue</i>	<i>Traduction</i>
Founoufounou bana		Maladie du gonflement
Fari founou bana		Maladie du gonflement du corps
Djoli dogaya		Manque de sang
Konona djôli		Plaies dans le ventre
Bana ba		Grande maladie
Doumou ko décé		Manque de nourriture
Don kono		Empoisonnement

Figné bana		Maladie du vent
Kono bana		Maladie des oiseaux
Min-nanpo	Maraka (Soninké)	Maladie des enfants

Compréhension, perceptions de la malnutrition

A quelques exceptions près, la malnutrition vient très rarement spontanément dans les entretiens parmi les maladies les plus fréquentes ou les plus graves des enfants. Il faut soit présenter des images, soit montrer un sachet de PPN, soit citer un ou des termes de malnutrition avant que les personnes de la communauté ne puisse venir sur le sujet. Le marasme est mieux connu que le kwashiorkor. La tranche d'âge pendant laquelle les enfants peuvent être touchés est mal identifiée. Certaines personnes n'ont aucune idée de ce qu'est la malnutrition. Certaines mères n'avaient pas conscience de la maladie de leur enfant avant d'être dans le programme URENAS et quasiment toutes celles dont l'enfant n'est pas pris en charge ont cette même perception. Les conséquences de la malnutrition sont connues des personnes interrogées hormis des mères de jeunes enfants qui, pour plusieurs d'entre elles, ne les connaissent pas.

Pour les personnes pouvant parler de la malnutrition, ce sont par les signes ou par les causes que la maladie est décrite. Pour les signes, il est principalement fait référence à l'état de maigreur de l'enfant pour le marasme ou aux gonflements du corps pour le Kwashiorkor. En ce qui concerne les causes, il s'agit principalement du manque de nourriture (en quantité ou en qualité), du manque de vitamines ou d'hygiène alimentaire. Quelques personnes ont cité le sevrage précoce et les grossesses rapprochées (séré dein : enfant serré), sevrage précoce obligatoire car le lait de la mère devient « chaud et sale » et il est « pour l'enfant à venir ». Le marasme est souvent présenté comme une maladie due à la dentition, au paludisme, ou à des problèmes à l'intérieur du corps de l'enfant (Finfin-ni ; Komona djôli) ou associé à un manque de sang (Djoli dogaya). Enfin, viennent d'autres représentations, surtout pour la kwashiorkor, liées au vent (Figné bana), à l'oiseau (Kono bana) ou suite à un empoisonnement volontaire de l'enfant (Kongo).

Recours aux soins

Plusieurs types de recours ont été explorés montrant que, si le recours au CSCOM devient de plus en plus le cas en première intention, il y a lieu de modérer ces affirmations, soit par l'utilisation de traitements mixtes (traditionnel associé), soit par le recours premier aux soins traditionnels. L'accès au CSCOM est, selon les interviewés, favorisé par la proximité.

L'utilisation de médicaments « trottoir » existe aussi mais plutôt pour les maladies qui peuvent précéder l'état de malnutrition (palu, diarrhée). Cela participe à retarder le diagnostic de malnutrition.

Plusieurs tradithérapeutes rencontrés ont confirmé soigner la malnutrition en utilisant différentes plantes. Le traitement peut durer de quelques jours à plusieurs mois, et l'enfant n'est référé au CSCOM qu'en cas d'échec.

Pouvoir de décision

Le pouvoir de décision ne revient pas toujours aux mères. Ainsi il a été signalé à plusieurs reprises que le père de l'enfant peut autoriser ou pas la mère d'amener son enfant au CSCOM, généralement par crainte du coût. Egalement le pouvoir de décision des grands-mères dans le recours de soins.

Un autre pouvoir de décision est apparu comme très présent et très freinant pour l'accès aux soins, celui des employeurs ; ce point touche tout particulièrement les jeunes femmes employées de maison. Des absences lors des journées de suivis, voire des abandons sont le résultat soit de la surcharge de travail dans les maisons, soit venant de l'employeur qui n'autorise pas la mère à quitter quelques heures son travail pour se rendre au CSCOM.

Connaissances et appréciation du service

- Connaissance du traitement

Les personnes sachant que le CSCOM offre des soins pour un enfant malnutri sont plus nombreuses que celles qui ne le savent pas. Cette connaissance se limite le plus souvent au PPN. Et si le PPN est bien connu, il y a aussi des personnes qui ont seulement vu ces sachets dans des endroits autres qu'au CSCOM (marché ou près d'école⁵). Néanmoins, une partie ne connaît pas le PPN et ne sait pas à quoi cela sert. On se rend compte au cours des différents entretiens qu'il existe toujours un déficit d'informations sur le traitement, la durée du traitement, les conseils de prise du PPN.

Il existe un réel problème au niveau de la gratuité. En effet, si de nombreuses personnes interrogées répondent de suite que le traitement est gratuit, il en existe suffisamment pour dire qu'en réalité le traitement n'est pas gratuit. La gratuité n'existe réellement qu'en cas de venue spontanée de la mère avec son enfant pour un dépistage, en cas de dépistage pendant la vaccination ou en cas d'enfant référé par le niveau communautaire. Hormis cela, la famille qui consulte pour une maladie de l'enfant paie d'abord sa consultation, apprend en consultation que son enfant est malnutri et c'est à ce moment qu'elle ne va plus payer pour ce qui est lié à la malnutrition. Mais à cela s'ajoute les prescriptions complémentaires avec des médicaments n'entrant pas dans la gratuité des soins, que les familles doivent payer. Beaucoup de personnes se plaignent qu'en réalité ce n'est pas gratuit et cela les attire vers les tradipraticiens, disent-elles.

- Qualité de l'accueil et de la prise en charge

Selon que les URENAS soient surchargés ou non, l'accueil peut être différent. Certains trouvent que l'accueil est bon, c'est-à-dire poli, recevant des conseils pendant la prise en charge, que le temps d'attente est raisonnable, d'autres trouvent le temps d'attente trop long, l'accueil pas toujours courtois, et ne reçoivent pas assez de conseils. L'observation, sans qu'elle soit à généraliser, a montré un temps très rapide entre mesure et sortie de l'enfant pour son suivi, peu de paroles ou des conseils donnés de manière très verticale et peu conviviale. Il a aussi été remarqué que la mesure du périmètre brachial n'est pas toujours très exacte, ni la mesure de taille.

L'indice à retenir par rapport à la prise en charge est la satisfaction des familles devant les enfants guéris et devant la baisse, d'après eux, des cas de malnutris sévères. Il est à noter, dans certains URENAS, l'anticipation pour les déplacements des mères en donnant des rations adaptées à l'absence et en changeant la date de suivi à la veille en cas de jour férié tombant sur le jour de PeC.

⁵ A été dit lors des entretiens, n'a pas pu être vérifié au cours de l'évaluation

- Intrants

Les URENAS n'ont pas connu de rupture d'intrants MAS en 2014 à l'exception du dispensaire évangélique en septembre 2014. Cette rupture a duré une semaine. C'est finalement ACTED qui a envoyé 10 cartons de PPNUT à l'URENAS après 1 semaine.

Des ruptures d'intrants MAM qui ont été compensées par le point focal nutrition en organisant des redistributions de PPSup entre les URENAM en excès et les URENAM en rupture.

Stigmatisation

Bien que la majorité des réponses indiquent qu'il n'y a pas de stigmatisation des mères ayant un enfant malnutri, c'est plutôt en termes de honte que les personnes se sont exprimées sur le sujet, ce qui peut aboutir à ne pas montrer l'enfant ; honte d'avoir un enfant très maigre, signe de pauvreté ou de difficulté des parents d'assumer leur famille, honte à cause de grossesses rapprochées.

Distances et déplacements

- Distances

Selon les aires sanitaires, la problématique de distance existe ou existe peu. Dans la plus grande comme celle d'ASACOH qui comprend des quartiers éloignés (Hippodrome 2 extension), les malades doivent emprunter des transports en commun et cela a un coût qui peut constituer une barrière à l'accès aux soins.

- Déplacements

Les déplacements signalés sont ceux pour les événements familiaux principalement.

Les mariages ont lieu principalement les jeudis (en dehors des dimanches), jour qui peut coïncider avec un jour de PeC (ASACOGO, TSF), ce qui constitue un frein à l'accès. Dans ce cas, un CSCOM signale qu'il anticipe s'il est prévenu.

L'autre type de déplacements est celui pour les activités de culture dans la période d'hivernage ; les femmes ayant des champs à l'extérieur de Bamako y partent pour la saison. Ce phénomène participe sans doute aux abandons.

Activités communautaires

La répartition des relais communautaire dans le district est à revoir. Certains quartiers⁶ n'ont pas de relais ou pas assez⁷ de relais pour que les activités communautaires soient menées de manière adéquate.

Les activités communautaires sont menées dans la plupart des aires sanitaires avec un impact plus ou moins important sur le nombre des admissions. Les activités sont effectives, dépistages, VAD, séances de sensibilisation. La qualité du dépistage est satisfaisante. Les séances d'IEC sont menées par de nombreux relais et commencent à porter leurs fruits. Peut-être ne sont-elles pas suffisamment diversifiées sur les cibles et la méthodologie demanderait à être mieux accompagnée. Le bémol est à

⁶ Quinzambougou, Missira et Bagadaji

⁷ Asacohi

porter sur les VAD qui manquent d'encadrement de la part des URENAS. Les VAD ne sont pas toujours bien ciblées et la recherche des absents, principalement, est assez faible.

Les activités communautaires auraient intérêt à trouver d'autres moyens de mise en œuvre avec plus d'appui sur les mères elles-mêmes et sur les groupements féminins.

Implication des personnes clef

L'implication des personnes clefs est très variable et à des niveaux différents.

La mairie s'implique dans le programme via plusieurs personnes et services. Le volet financement de la santé au niveau de la commune ne s'est actuellement pas prononcé sur les possibilités qui existent à leur niveau. Ce point revient au cours des rencontres sans engagement de la mairie pour le moment.

Il est ressorti que les chefs de quartier sont bien informés du programme et qu'ils ont plutôt un rôle de délégation pour diffuser les informations et répartir les tâches.

La FELASCOM est plutôt un organisme qui « chapeaute » les activités et s'engage via les ASACO mais pas assez en tant que structure fédérative.

Les ASACO sont présentes dans les CSCOM et organisent les réunions mensuelles des relais communautaires. Leur engagement reste toutefois à consolider dans le domaine de la prévention de la malnutrition.

Les groupements féminins, notamment la CAFO, sont des entités à impliquer plus dans la prévention de la malnutrition et dans la diffusion d'informations relatives au programme.

L'association des employées de maison ont sans doute un rôle à jouer pour une meilleure compréhension du déroulement du traitement de la malnutrition par les employeurs.

Les leaders religieux rencontrés étaient dans l'ensemble peu impliqués et peu informés, de même que les tradipraticiens qui pourtant ont une association au niveau de la commune II mais n'y sont pas tous adhérents.

Collaboration

- CSCOM / Relais

Chaque CSCOM organise chaque mois une réunion avec ses relais communautaires. Cette réunion a pour but le partage des résultats de dépistages, de discussion sur les VAD et les séances d'IEC menées par les relais, d'échange sur les difficultés rencontrées par les relais dans leurs activités. Cette rencontre régulière et effective a le mérite d'exister mais elle semble un peu trop soutenue par l'ONG. Dans certains URENAS, la participation du personnel de santé est très furtive et irrégulière, celle de l'ASACO pas toujours effective.

- CSCOM / Tradithérapeutes

Un cadre de concertation entre tradithérapeutes existe mais tous ne sont pas inclus dans ce cadre.

Si les tradithérapeutes font partie de ce cadre, il existe alors un échange entre système traditionnel et système moderne de santé. Des tradithérapeutes et autres vendeurs de plantes des marchés ne sont pas inclus dans cette collaboration et n'ont ainsi aucun contact avec le personnel de santé ; pourtant certains disent prendre en charge la malnutrition.

Barrières principales

Insuffisance de connaissances sur la malnutrition	La malnutrition est rarement citée en premier comme une maladie importante pour la santé des enfants. Les signes en sont moyennement connus et la cause principale est le plus souvent liée au manque de nourriture.
Non reconnaissance de l'état de l'enfant par les mères	Si les conséquences sont connues lorsqu'on aborde le sujet de la malnutrition par une certaine tranche de la communauté, la reconnaissance de l'état de santé de l'enfant et de la gravité est faible chez les mères. Soit la maladie est liée à la dentition soit l'état de l'enfant est jugé « normal ».
Recours tardif aux soins	Ce point peut être lié aux deux précédents. On peut aussi y ajouter une tendance persistante à recourir en première intention à des soins traditionnels ou à des médicaments de la rue. Il n'y a pas toujours de liens entre certains tradithérapeutes et les CScoms.
Insuffisance de maîtrise du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë et de la qualité du rapportage	Les PB à l'admission ont montré que ce point est insuffisamment connu ou appliqué par les agents de santé tant par les mesures que par les normes. Il n'y a que très peu d'admissions sur PB. Les durées de séjour sont longues. Il y a rarement recherche précoce des absents. La recherche des cas d'absents et d'abandons est mise en difficulté par l'insuffisance de précisions des contacts et des lieux d'habitation.
Insuffisance dans les activités communautaires	Le nombre des relais communautaires est très hétérogène. Le nombre des relais n'est pas totalement en lien avec la superficie des aires sanitaires et plusieurs zones sont sans relais. Les VAD existent mais ne sont pas toujours bien ciblées. D'autres voies sont à explorer telles les mères et les groupements féminins pour assurer ces activités.
Insuffisance de lien et d'encadrement des relais communautaires par le système sanitaire	A part la réunion mensuelle, les relais ont peu de lien avec leur URENAS de référence. Par rapport à la recherche des absents, elle n'est pas toujours effective et abouti à un nombre d'abandons important. Actuellement les activités de terrain des relais sont surtout encadrées par les agents ACTED. L'engagement des ASACO dans ce domaine est insuffisant.
Motivation des relais à la baisse	L'engouement du début de programme tend à diminuer. Si les relais cherchent toujours à mener leur tâche de dépistages et à jouer un rôle dans les sensibilisations, ils signalent quand même leur baisse de motivation.
Indisponibilité des mères	Par leurs occupations dans leurs foyers, par la recherche de moyens de subsistance, souvent le petit commerce, les mères ne sont pas

	toujours disponibles soit pour suivre régulièrement les séances de suivi, soit pour donner le PPN de façon adéquate à leur enfant. Cela abouti souvent à une interprétation de « refus du PPN par l'enfant » ou « durée de traitement trop longue ».
Pouvoir de décision des pères et des grands-mères	Les mères sont peu encouragées par leurs maris pour les soins de l'enfant et parfois doivent avoir son aval. Le volet économique est abordé par les pères. Pour les grands-mères ; c'est plutôt le volet « tradition » qui entre en jeu et augmente la durée avant le recours au CSCOM en passant par les soins traditionnels en premiers recours.
Barrière à l'accès par les employeurs (cas des employés de maison)	Autre source d'indisponibilité des mères, celles qui sont employées de maison et à qui on ne donne pas forcément le temps pour s'occuper de leur enfant. Certaines mères n'ont pas dans la journée le temps de donner le PPN à l'enfant ou n'ont pas le temps ou l'autorisation de suivre régulièrement les suivis à l'URENAS.
Coût (transport ; ordonnances supplémentaires)	Le sujet de la non-gratuité est un sujet récurrent. Même si le traitement est gratuit (celui de la PeC de la malnutrition), la consultation auprès du médecin du CScom en cas de diarrhée ou fièvre ou autre maladie en tant que porte d'entrée avant le diagnostic de malnutrition ou apparaissant pendant le traitement constitue une incompréhension chez de nombreuses personnes. Beaucoup ont eu à régler consultations et ordonnances et conclue que la gratuité n'est pas réelle. A cela s'ajoute les coûts de transport pour les personnes éloignées des CScoms. Le tout devenant un frein à l'accès aux soins.
Déplacements des familles (événements sociaux, travaux champêtres)	Les déplacements des familles pour des événements sociaux peuvent durer plusieurs jours faisant ainsi « manquer » le jour de prise en charge. À de rares exceptions, il n'y a pas de système pour anticiper le manque de PPN lié à l'absence. Lors de la saison d'hivernage les mères sont plus mobiles. Le système de référencement est peu mis en place, souvent les femmes ignorent cette possibilité.

TRIANGULATION DES DONNÉES

L'analyse des données quantitatives associée aux résultats des investigations qualitatives ont permis d'assurer la triangulation des données. 63 entretiens ou observations ont été réalisés lors des étapes 1 et 2 auprès de cibles différentes et par des méthodes différentes [ANNEXE 4: CIBLE DES ENTRETIENS](#).

De ces entretiens sont issus les principaux boosters et les principales barrières retenues.

BOOSTERS

Connaissances et perceptions
Connaissance partielle des signes de la malnutrition
Connaissance des conséquences de la malnutrition
Recours aux soins
CSCOM devenant de plus en plus le premier recours
Connaissance du service de prise en charge
Connaissance de la gratuité
Satisfaction par rapport au programme (guérison, impression de moins de cas sévères)
Prise en charge
PeC rapide
Dépistage passif effectué (consultations de certains CSCOMs, vaccinations)
PeC correcte (mesures, test app, TT, ration, conseils)
Peu de rupture des intrants MAS
Relais informés pour rechercher l'enfant
Réunion mensuelle
Activités communautaires
Dépistage par les relais et campagne de dépistage
Suivi des enfants référés / Pec
Autre
Implication chef de quartier / Asaco / Leaders
Canaux de communication identifiés

BARRIERES	
Connaissances et perceptions	
Connaissance partielle des causes de la malnutrition	Ne connaît pas gratuité La gratuité a en réalité un coût (transport / Médicaments prescrits "à côté")
Non perception de l'état de santé de l'enfant ou de la gravité	Structure de soins pour la malnutrition pas toujours connue ou n'a pas entendu parler d'un traitement existant
Kwashiorkor : maladie inconnue ou liée à d'autres maladies ou surnaturelle	Honte des mères (honte d'avoir un enfant maigre / signe de pauvreté et d'incapacité du mari / grossesses rapprochées))
Recours aux soins	
Recours tradithérapeute / plantes / automédication	Non implication de certains tradithérapeutes dans le cadre concertation tradithérapeute / Pas de contact CSCOM / Tradithérapeute
Prise en charge	
Qualité moyenne des prises de mesures anthropométriques	Maitrise du protocole insuffisante
Insuffisance d'informations données sur maladie, la prise du traitement et autres aliments	Durée de séjour longue
Temps d'attente trop long	Beaucoup d'abandons
Négligence du personnel envers les patients (manque de courtoisie)	Collaboration CSCOM - Relais insuffisante (réunion mensuelle, supervision)
Faiblesse de l'IEC	L'enfant refuse le PPN

Activités communautaires	
Pas eu de dépistage des relais (sauf dépistage de masse) Ne connaît pas les activités des relais (ou l'existence des relais)	VAD insuffisamment ciblées
Il existe des non admission suite dépistage	Faiblesse de l'IEC
Société	
Non implication des pères	Pouvoir de décision des pères et des grands-mères
Occupation des femmes	Cas des employées de maison empêchées par leurs patronnes
Leader insuffisamment impliqués	
Autre	
Déplacement de la mère et les mariages	Distance

ÉTAPE 2

HYPOTHÈSES :

Suite à la synthèse des données quantitatives, l'hypothèse de l'hétérogénéité a été posée avec pour spécificité un volet sur l'influence de l'activité communautaire.

Hypothèse 1 : Hétérogénéité de la couverture et influence de l'activité communautaire sur la couverture

Cinq aires sanitaires ont été ciblées pour cette hypothèse en fonction de leurs spécificités.

L'appréciation de l'activité des relais pour le choix des zones a été basée sur deux critères :

- % d'enfants dépistés / % d'enfants cibles dans les aires sanitaires
- Part des dépistages dans les admissions totales

Les données des VAD apparaissant comme peu fiables, elles ont fait l'objet d'une petite étude complémentaire.

L'aire sanitaire d'ASACOH1 est très étendue et comporte une population cible de 5966 enfants soit une probabilité, selon le caseload MAS avec 70% de couverture d'admettre 174 enfants MAS en 2014.

L'aire sanitaire comprend 2 centres de santé, un CSCOM et un dispensaire évangélique.

Le CScom a accueilli 27 enfants et le dispensaire 211 ; toutefois, le taux d'abandons a atteint 37.5% pour le premier et 57.7% pour le second.

Ces résultats amènent à penser que l'aire sanitaire d'ASACOH1 a une couverture faible. Par ailleurs, la zone, très vaste ne dispose que de 15 relais communautaires. Toute la partie dite « extension » ne bénéficie d'aucun relais communautaire.

Il est apparu intéressant de voir si cette hypothèse de couverture pour cette aire sanitaire est vérifiée. Deux zones ont été explorées pour cela, l'une sur le quartier « Hippodrome » (quartier CScom) et l'autre sur le quartier « Hippodrome II » (quartier Dispensaire et Hippodrome extension, sans relais).

Quatre autres aires sanitaires ont été sélectionnées sur la base des performances communautaires:

Aire sanitaire	% d'enfants dépistés	Part des dépistages dans admissions totales	VAD/Admissions	Conclusion
URENAS CSREF	Pas d'aire	Pas d'aire		
Abosac	Moyenne	Elevée	Elevée	Elevée
Asacogo	Elevée	Moyenne	Faible	Moyenne
Asacohi	Faible	Faible	Faible	Faible
Asacome	Faible	Moyenne	Moyenne	Faible
Benkady	Elevée	Elevée	Moyenne	Elevée
Boniaba	Faible	Moyenne	Moyenne	Faible
Dispensaire Evangélique	Pas de relais			
TSF	Pas de relais			

Relais moins actifs Couverture faible	Relais plus actifs Couverture élevée
BONIABA	ABOSAC
ASACOME	BENKADY

Le dépistage porte à porte a été effectué dans un premier temps sur 2 jours. A l'issue des 2 jours, aucun cas n'ayant été trouvé, il a été décidé d'approfondir la recherche en étendant les zones de dépistages et en combinant porte à porte et méthode adaptative pour 3 ou 4 jours supplémentaires selon l'étendue des aires sanitaires.

Les 2 premiers jours, le nombre total des enfants n'a pas été enregistré. Pour les jours suivants, 395 cours ont été visitées et 1332 enfants dépistés.

RÉSULTATS DES HYPOTHÈSES :

Une règle décision a été appliquée sur les cas MAS trouvés afin de déterminer si les hypothèses sont vérifiées. La valeur seuil ainsi calculée pour chaque village et pour chaque groupe a permis de déterminer la couverture : $d = n * (p/100)$, arrondi au nombre inférieur

ou $d = \text{valeur seuil}$

$n = \text{nombre de cas trouvés}$

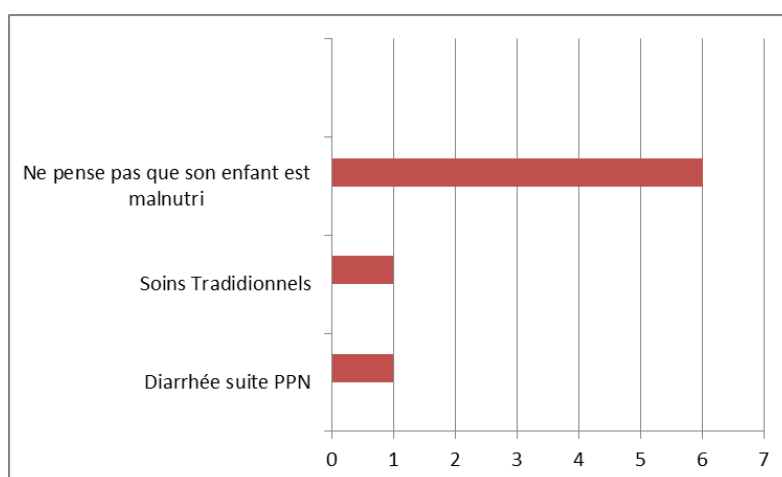
$p = \text{couverture estimée} = 55\%$; Bien qu'en milieu urbain les standards SPHERE situent la couverture à au moins 75%, il a été choisi de diminuer ce taux au regard des résultats des admissions actuelles (686) / admissions attendues (1238).

Suite à l'application de la règle de décision, les résultats suivants ont été obtenus :

Zones de	$p = \text{couverture } 55\%$	Cas MAS couvert (0) < règle de décision (1)
	$n = 3$	

Couverture supposée plus élevée (Abosac, Benkadi, Asacohi Hippodrome)	Règle de décision	$d = n \times (p/100)$ $d = 3 \times 0.55$ $d = 1.65$	Couverture actuelle < 55% Hypothèse de couverture élevée non confirmée
	Cas MAS couverts : 0		
Zones de couverture plus faible (Boniaba, Asacome, Asacohi Hippodrome 2)	p = couverture 55%		Cas MAS couvert (2) = règle de décision (3)
	n = 6		
	Règle de décision	$d = n \times (p/100)$ $d = 6 \times 0.55$ $d = 3.3$	Couverture actuelle < 55% Hypothèse de couverture faible confirmée
	Cas MAS couverts : 2		

Les raisons évoqués par les mères ou accompagnants des enfants MAS non couverts sont reprises dans ce graphique :



Hypothèse 2 : Petite étude sur les causes des abandons dans les aires à fort taux d'abandons sur les quatre derniers mois de 2014

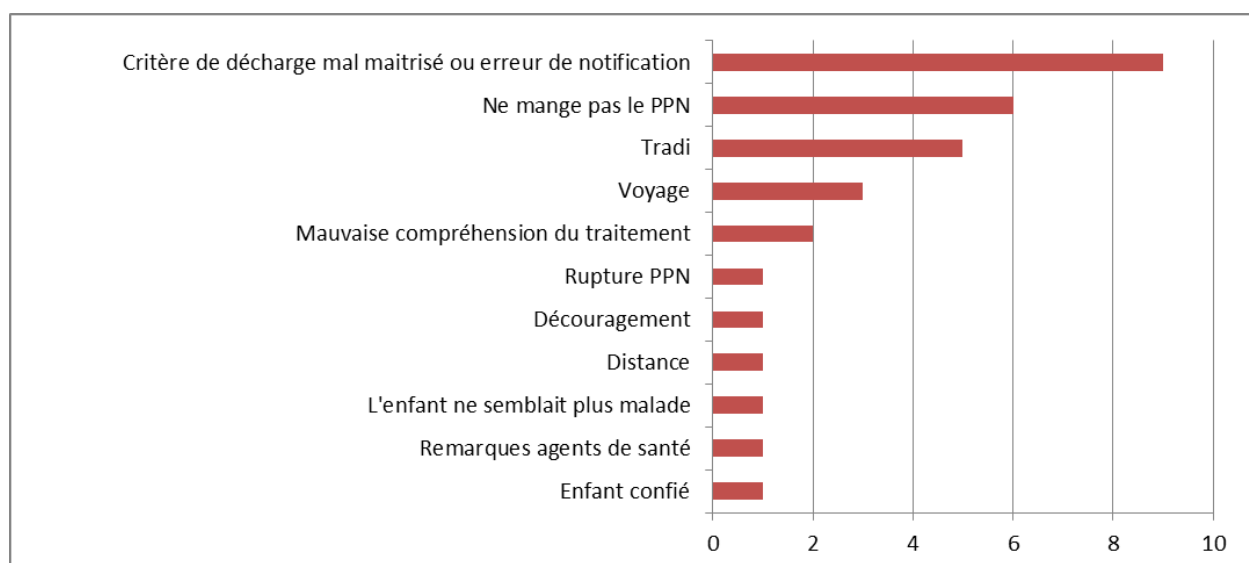
Devant le fort taux d'abandons général, une étude avait été réalisée par ACTED en 2014 jusqu'au mois d'août. Certaines URENAS ont amélioré leurs indicateurs de performance mais des taux importants d'abandons persistent.

Cette petite étude vise à compléter les résultats obtenus en août.

Trois URENAS ont été ciblés en fonction de leur taux élevé d'abandons : ASACOGO, TSF, DISPENSAIRE Évangélique.

32 entretiens étaient prévus, 18 ont pu être menés. Pour les autres, surtout sur la zone du dispensaire évangélique, les enfants n'ont pas pu être retrouvés pour cause de contact non notifié (3) ou répondeur (5), de voyage ou déménagement (4) ainsi que 2 erreurs de notification (enfants transférés).

Parmi les enfants retrouvés, une ou plusieurs explications ont été données sur les raisons d'abandon :



Hypothèse 3 : Petite étude sur les VAD faites par les relais communautaires

Suite aux observations et discussions avec des relais, il semble que les VAD ne soient pas bien comprises, notamment sur la cible et l'objet des VAD. Il a pu être constaté une confusion entre VAD et IEC et les Cahiers des relais ne permettent pas toujours de connaître le détail de ces activités.

Une seconde hypothèse a été formulée en jumelant les résultats des abandons des 4 derniers mois 2014 et les VAD effectuées par les relais.

Les aires sanitaires sélectionnées sont :

- ASACOGO
- ASACOME
- ASACOH
- BENKADI

Pour cela, il a été rencontré 8 relais communautaires en entretien individuel.

De cette étude, il ressort que 6 sur 8 mènent leurs VAD principalement pour vérifier si l'enfant qu'ils ont référé (MAM ou MAS) est bien parti à l'URENAS et s'il est pris en charge. Puis ils effectuent des visites de suivi pour voir si l'enfant consomme le PPN et si son état de santé s'améliore. Un relais a eu à se rendre dans une famille où l'enfant ne suivait plus le programme (pour cet enfant, enquêté par la suite, il s'est révélé un enfant MAS non couvert par suite d'abandon).

Les deux autres relais font principalement des causeries en VAD chez des enfants MAM.

ÉTAPE 3

Il a été décidé de ne pas prolonger l'évaluation jusqu'à l'étape d'estimation de couverture.

Cette décision a été prise au moment de la vérification des hypothèses. Devant la difficulté dans la recherche des enfants potentiellement MAS, au cours des 2 premiers jours, c'est l'approfondissement des étapes précédentes qui a été privilégié. Les journées de dépistages prévues pour l'enquête de grande zone ont été répercutées sur les enquêtes pour la vérification des hypothèses et pour réaliser des petites études complémentaires pour l'étape 2.

DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

Discussion

L'évaluation SQUEAC a été volontairement limitée aux **deux premières étapes sur les trois** préconisées dans la méthodologie. Ce choix, motivé par la situation de la période, est apparu comme la meilleure option et n'est pas en contradiction avec les objectifs d'une évaluation SQUEAC sur le plan méthodologique.

Suite à cette décision, il a été mis à profit un approfondissement de questions préoccupantes que sont celle de **faible couverture dans plusieurs aires sanitaires**, celle des **abandons en nombre inquiétant**, celle des activités communautaires qui, bien qu'existant, restent faibles sous certains aspects, **recherche des absents, visites à domicile**.

Evoluant dans un milieu urbain, on aurait tendance à penser que l'accessibilité aux soins est plus aisée. Or, de nombreux points viennent empêcher cet accès et aboutissent à de nombreuses zones à couverture faible à l'intérieur du district sanitaire. Ces points peuvent être classés en plusieurs secteurs.

L'**accès** lui-même, favorisé par la proximité dans certains cas, ne l'est finalement pas dans des aires sanitaires de très grande superficie telle celle d'ASACOH par exemple. Mais l'accès suppose aussi une bonne information sur le service, sur le traitement (dans l'utilisation du PPN ou dans la durée du traitement), sur les mesures préventives dont la plus essentielle serait de reconnaître la maladie de l'enfant. Nous avons trouvé dans cette évaluation que ces points restent insuffisants. Une autre barrière importante a été détectée, celle du **non recours au CScom en première intention**. Une évolution positive est en marche mais il reste encore beaucoup de familles pour lesquelles le traitement par les plantes, par les médicaments « trottoirs », par le recours aux tradithérapeutes, reste le premier recours. Cette situation est aussi favorisée par une **faible reconnaissance de l'état de malnutrition des enfants**. C'est généralement des symptômes annexes tels la diarrhée ou le paludisme ou d'autres maladies pour lesquels il y a une recherche de soins en premier lieu. L'**enfant malnutri est parfois perçu comme « normal »**, ce qui retarde le recours aux soins. Les **tradithérapeutes** sont à mieux impliquer dans le processus.

Le travail réalisé par les **relais communautaires** est considérable mais parfois **insuffisamment structuré ou accompagné**. Le programme attend trop de son partenaire actuel et **l'investissement des agents de santé, des ASCACO, de la FELASCOM est à accentuer**, notamment pour l'encouragement aux relais communautaires par une forme de motivation qui reste à trouver et appliquée. Un premier travail dans ce sens a commencé via un **comité de pilotage de gestion des relais communautaires en commune 2** ; Cette réflexion sera à poursuivre avec les services de la mairie qui semblent prêts à s'investir sur le sujet de la malnutrition. Sans doute, une meilleure répartition des relais pourrait participer à la détection précoce de la malnutrition. Mais une réflexion devrait également être engagée afin de **trouver d'autres formes de dépistage communautaire** utilisant les personnes ressources disponibles et identifiées (groupement féminins, les mères elle-même en autonomie pour effectuer le dépistage sur leurs enfants ou une femme à identifier et former dans chaque cour familiale ou cour partagée à qui serait remis une

bande de Shakir). Les campagnes de vaccination (JNV) ou de distribution pourraient aussi être systématiquement couplées à un dépistage de masse.

Il en est de même sur toute la **partie IEC**, qui, si elle est effectivement menée au niveau des centres de santé et au niveau communautaire, n'apporte pas tous les bénéfices attendus. La **méthodologie de transmission des messages devrait être adaptée**, tant dans les messages (avec une attention particulière sur le choix du terme à utiliser pour désigner la malnutrition) que dans les cibles (la place des pères et des grands-mères est une place importante dans la décision de soins et peu de sessions d'information leurs sont consacrées). Des **personnes ressources nouvelles** sont à intégrer dans la recherche de changement de comportement, comme les groupements féminins, les leaders religieux et les griots. L'implication des services de la mairie (notamment ceux du développement social), au côté des ASACO dans le suivi des activités sera un point supplémentaire de réussite.

Sur la **partie traitement**, après une année de travail pour une bonne prise en charge des enfants, les **résultats sont positifs mais des points restent à revoir** et notamment l'application du protocole national pour les admissions et les décharges, la qualité des mesures anthropométriques, information sur les transferts en cas de déplacement et sur le volet recherche des absents afin de **diminuer encore le nombre des abandons**.

En conclusion, nous pouvons retenir qu'une faible couverture existe dans le district dans certaines parties de certaines aires sanitaires, cela nécessitant de consolider les acquis et d'entreprendre des actions ciblées et innovantes. Ces activités passent par une meilleure intégration des activités nutritionnelles dans le paquet minimum des CScoms, la qualité de la prise en charge et un travail ciblé pour la diminution des cas d'abandons.

Tous les acteurs depuis les DTC, jusqu'à la région sanitaire, en passant par la mairie, le district, la FELASCOM, les ASCACO et les groupements sont concernés. Des engagements ont été pris lors de la journée de restitution des résultats de la SQUEAC et de l'atelier de réflexion sur les recommandations et la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Principales barrières et recommandations

Barrières	Recommandations
Insuffisance de connaissances sur la malnutrition Non reconnaissance de l'état de l'enfant par les mères	Changer les canaux de communication en s'appuyant sur les griots, sur des groupements de femmes ou des mamans d'enfants guéris pour une meilleure compréhension de la malnutrition et de la prise du PPN.
Recours tardif aux soins	Travailler sur l'implication des tradithérapeutes dans la compréhension de la malnutrition et des limites de leurs traitements Impliquer les leaders communautaires et tous les groupes à disposition pour améliorer la

	communication sur le recours aux soins
Insuffisance dans les activités communautaires	Equilibrer le nombre des relais selon la superficie et la densité des quartiers Mettre en place des relais là où ils n'existent pas <u>Ou</u> imaginer un autre mode de dépistage actif tel que la remise de bande de Shakir à chaque maman dont l'enfant atteint 6 mois (sur une zone pilote) Approfondir la formation des relais par la formation continue impliquant les agents de santé. Saisir les occasions de dépistages dans la communauté (ex : JNV, distribution Vit A ...)
Insuffisance de maîtrise du protocole national de prise en charge et de qualité du reporting	Poursuivre l'accompagnement des chargés nutrition des URENAS pour l'application du protocole (notamment les admissions sur PB ; critères de décharge) et le respect du rapportage (insuffisance de remplissage et de précision des fiches de suivi) Améliorer le système de suivi des absents et des abandons
Insuffisance de lien et d'encadrement des relais communautaires par le système sanitaire	Identifier les personnes qui ont pour rôle d'encadrer les relais et élaborer une stratégie de suivi des activités
Motivation des relais à la baisse	Finaliser les discussions sur la motivation des relais communautaires et trouver des solutions de pérennité localement (communauté – ASACO-Mairie) Des activités valorisantes sont à mettre en œuvre
Coût (transport ; ordonnances supplémentaires)	Plaidoyer pour la gratuité des consultations et des soins de maladies habituelles de l'enfant de moins de 5 ans Identifier des mécanismes traditionnels d'entraide financière pour soutenir les mères d'enfants malades
Pouvoir de décision des pères et des grands-	Initier une stratégie de communication globale

mères	visant les pères et les grands-mères
Indisponibilité des mères	Assouplir les règles de distribution pour fournir les rations hors du jour ou des heures de prise en charge
Barrière à l'accès par les employeurs (cas des employés de maison)	Impliquer les autorités dans le plaidoyer auprès des employeurs quand les cas se présentent Maintenir un lien entre association des femmes employées de maison et la mairie
Déplacements des familles (événements sociaux)	Assouplir les règles de distribution pour fournir les rations hors du jour ou des heures de prise en charge

Sur les moyens de communication

Des moyens et lieux de communication classiques sont utilisés pour le partage des informations.

S'il fallait en privilégier quelques-autres, ce pourrait être de s'appuyer sur :

- les griots qui sont l'entité malienne dédiée à la communication traditionnelle,
- les mères d'enfants guéris,
- les groupes de femmes (associations, tontines, groupes religieux, vendeuses, aide-ménagères)
- les lieux de prières.

Un certain nombre a été identifié pendant les investigations sur lesquels il sera possible au programme de revenir par la suite.

Sur les personnes ressources

Il existe au niveau de la mairie un « **comité de pilotage de gestion des relais communautaires en commune 2** ». Ce comité qui a fait suite à une des propositions de l'atelier de réflexion⁸ sur les formes de motivation des relais mais dont les contours restent encore insuffisamment clairs. Le lead du comité n'est pas très bien défini ; la FELASCOM, qui pourrait être le leader, ne prend actuellement pas encore cette position. Les services du développement social de la mairie mais aussi de nombreux groupes ou personnes identifiés ont un rôle à jouer dans la stratégie de mobilisation communautaire et pourraient être mieux impliqués.

⁸ Initié par ACTED en octobre 2014

PLAN D'ACTIONS

Ce plan d'actions a été élaboré grâce à la réflexion de plusieurs acteurs de la société, acteurs de la santé et associations communautaires, représentants de la mairie, des chefs de quartiers, association de femmes, représentants des relais communautaires, agents d'ACTED.

Tous ces acteurs ont été réunis et ont participé à un atelier de plan d'actions sur une demi-journée. Les participants ont été répartis en 3 groupes incluant plusieurs types d'acteurs. Chaque groupe a réfléchi sur 3 thèmes, les propositions ont ensuite été partagées en plénière, discutées puis approuvées par les participants. De ce fait, les différents points cités ci-dessous sont le fruit d'une réflexion commune et chaque groupe d'acteurs a confirmé publiquement son engagement sur les points pour lesquels il a été cité comme « responsable » ci-dessous.

La prochaine phase du programme devrait inclure ces actions et ACTED devrait les accompagner.

Recommandations	Mise en œuvre	Période	Responsable	Innovations
	Volet sensibilisations			
Adapter les méthodes de communication pour les sensibilisations	Recruter un expert en communication pour les changements de comportements	Avril 2015	Initial : DS – FELASCOM- Services santé et développement social de la mairie	Révision de la stratégie de communication en fonction des cibles et des messages
	Adapter une stratégie de communication aux différentes cibles identifiées ainsi que les messages	Mai 2015	Mise en œuvre : Relais communautaires, personnel de santé, groupement féminins, CDQ, leaders, CQ ⁹	
	Former les acteurs clef identifiés	Juin 2015	Suivi : ASACO – DS- Mairie	Implication du réseau traditionnel des communicateurs pour le développement (griots)
	Mettre en œuvre les méthodes au cours des VAD (chargés nutrition, relais, groupements féminins)			
	Appliquer les méthodes au cours des séances IEC au CScom (personnel santé)	A partir de juin 2015		Implication des mères d'enfants guéris et des groupements féminins
	Organiser des campagnes à grandes échelle			
	Impliquer le réseau traditionnel des communicateurs pour le développement			
Changer les canaux de communication	Mener des séances d'information pour une meilleure compréhension de la malnutrition et de la prise du PPN.	A partir de juin 2015	S'appuyer sur les griots, sur des groupements de femmes ou des mamans d'enfants guéris	

⁹ CQ : Chef de Quartier

CDQ : Comité de Développement des Quartiers

SDS : Service de développement Social

	Volet communautaire			
Equilibrer le nombre des relais selon la superficie et la densité des quartiers	Améliorer la répartition des relais dans les aires sanitaires	Avril-Mai 2015	CSREF /ASACO / DTC / Chargés Nutrition / CDQ /Mairie sous couvert du Comité de pilotage	
Approfondir la formation des relais par la formation continue impliquant les agents de santé. Ou Imaginer un autre mode de dépistage actif tel que la remise de bande de Shakir à chaque maman dont l'enfant atteint 6 mois	Formation / recyclage et suivi des relais au travers de supervisions formatives régulières	Continue	CSREF / DTC pour les formations ASACO / Chargés nutrition / Mairie pour le suivi	Expérience pilote sur petite zone avec formation des mères d'enfant de 6 mois et +
Saisir les occasions de dépistages dans la communauté (ex : JNV, distribution Vit A, etc)	Former les mères d'enfants de 6 à 59 mois à l'utilisation de la bande de Shakir lors des consultations curatives et préventives ou lors des vaccinations Doter les mères de bande de Shakir individuellement	Mai-Juin 2015	DTC / Chargés nutrition UNICEF (mise à disposition des bandes de Shakir)	Dotation en bande de Shakir au cours des consultations curatives ou préventives
	Associer les dépistages à toute autre campagne de santé	A chaque occasion	Relais communautaires / Vaccinateurs	
Renforcer le lien encadrement des relais communautaires par le système sanitaire	Formation continue Suivi évaluation des relais Réunion entre relais et services de santé et ASACO Réunions trimestrielles de bilan communautaire	Continue Chaque trimestre Chaque fin de mois	DRS/DS/FELASCOM/ASACO/DTC/ Chargé nutrition ASACO / DTC / MAIRIE	
Mettre en place un mécanisme de motivation des relais	Poursuivre les réflexions de l'atelier Adopter les formes de motivation Mettre en œuvre les actions décidées	Mai 2015 Dès juin 2015	Mairie /ASACO/FELASCOM au travers du Comité de pilotage existant	Atelier de réflexion en cours
S'appuyer sur des expériences existantes pour mener les activités de dépistages en continue en s'appuyant sur d'autres personnes ressource	Doter chaque mère d'un enfant atteignant 6 mois (au cours d'une visite ou d'une vaccination) d'un ruban MUAC en les formant sur place Ou Doter des femmes référentes dans chaque cour d'un ruban MUAC après formation	Dès Avril-Mai 2015 et en continu	Mise en œuvre : DTC / Chargé de vaccination / Chargée nutrition UNICEF (mise à disposition des Bandes de Shakir) Suivi : DS / Service Santé de la mairie	Tester sur une ou deux aires sanitaires le dépistage par les mères ou les femmes référentes Impliquer les groupements féminins
	Volet recours aux soins			
Travailler sur l'implication des tradithérapeutes dans la compréhension de la malnutrition et des limites de leurs traitements	Identifier les tradipraticiens de la commune 2 qui ne font pas actuellement partie du réseau associatif Mener des séances d'information sur la	Mai 2015 Juin 2015	DRS / DS / ASACO/ Mairie DS / DTC	Implication des tradipraticiens dans la malnutrition

	malnutrition Former les tradipraticiens sur la reconnaissance des signes de la malnutrition et le traitement	Juin – Juillet 2015	DRS / DS / DTC	
Impliquer les leaders communautaires et tous les groupes à disposition pour améliorer la communication sur le recours aux soins	Elaborer des messages courts, facilement diffusables Diffuser les messages dans la communauté et dans des lieux cibles	Après recrutement expert en communication et stratégie de communication adoptée Continu	ASACO Leaders communautaires et religieux Groupements féminins Relais communautaires Griots	Voir volet sensibilisation
Volet Prise en charge				
Améliorer l'accueil des mères dans les CS	Modifier le mode de communication entre soignant et malade	Continu	DRS / DS DRS /DS (DN en appui)	
Poursuivre l'accompagnement des chargés nutrition des URENAS pour l'application du protocole (notamment les admissions sur PB ; critères de décharge) et le respect du reporting (insuffisance de remplissage et de précision des fiches de suivi)	Elaborer des TDR spécifiques au suivi de la PeC et du reporting Mener chaque trimestre des supervisions formatives dans les URENAS ayant des difficultés d'application du protocole	Avril 2015 2 ^{ème} quinzaine mai, août, novembre		
Améliorer le système de suivi des absents et des abandons	Mettre en place la recherche de cas dès la première absence Noter plus de précision sur les contacts et lieux d'habitation des enfants à leur admission Informers suffisamment les mères sur l'importance de la prise régulière du PPN et du suivi hebdomadaire ; s'assurer d'une bonne compréhension du traitement	Continu Continu Continu	Chargés nutrition / ASACO / Relais communautaires / Associations féminines Chargés nutrition Service de développement social Groupements féminins Griots	Mise en place d'un système de recherche dès la première absence CF volet sensibilisations
Appliquer le protocole en donnant des fiches de transfert lors des déplacements longs	Informers les accompagnants sur le système de transfert (lors de la PEC au CSCOM) (rappels réguliers)	Continu	Personnel de la PEC : DTC, chargés nutrition ASACO DS	
Assouplir les règles de distribution pour fournir les rations hors du jour ou des heures de prise en charge	Accepter de donner les rations si l'accompagnant se présente pour le suivi en dehors du jour de la PEC (ou horaire)	Continu		
	Remettre une fiche de	Continu		

	référence (transfert) à l'accompagnant avec renseignements nécessaires complétés en cas de déplacement prolongé			
	Informez sur le système de transfert au niveau de la communauté	Continu	Relais, CQ, chargé nutrition, groupement féminin, leaders religieux, SDI, griots	Adaptation des modes de communication
Plaidoyer pour la gratuité des consultations et des soins de maladies habituelles de l'enfant de moins de 5 ans	Plaidoyer national pour la gratuité des consultations des enfants de 0 à 5 ans dans tous les cas Application du principe de gratuité par le personnel de santé et adhésion à l'idée par les ASACO Informez les agents de santé sur le protocole national –au travers des formations, circulaires		DRS / DN Directives DRS/DN/CSREF Implication ASACO / FELASCOM	
Volet Société				
Initier une stratégie de communication globale visant les pères et les grands-mères	Organiser des groupes de discussion avec les pères ou avec les grands-mères avec une méthodologie adaptée aux différentes cibles	Après recrutement expert en communication et stratégie de communication adoptée	Encadrement : DS / Mairie Mise en œuvre : relais, CQ, chargé nut, groupement féminin, leaders religieux, SDI, griots)	Voir volet sensibilisation
Impliquer les autorités dans le plaidoyer auprès des employeurs quand les cas se présentent Maintenir un lien entre association des femmes employées de maison et la mairie	Informez sur l'importance de la régularité des suivis et sur l'impact sur le raccourcissement des durées de traitement Faire un plaidoyer auprès des employeurs identifiés sur ce problème par des visites à domicile	Continu A la demande	Médias Lieux de culte Groupement féminins / CAFO / Mairie / Société civile / ASACO	
Favoriser l'accès au traitement en cas de déplacements ou de fortes occupations des mères	Voir volet prise en charge	Continu		

ANNEXES

ANNEXE 1: LISTE DES PARTICIPANTS

Nom/Prénom	Fonction	Organisation
Dr. Diall ^{10*}	Point Focal nutrition	Direction Régionale de la Santé
Dr. Kadiatou Ba*	Point Focal nutrition	District Sanitaire
Sophie Renault*	Responsable Programme	ACTED Programme Nutrition
Dr Adama Bouaré*	Adjoint responsable programme	
Kankou Coulibaly*	Superviseur CSCOM	
Alhamziétou Touré*	Superviseur CSCOM	
Kadidia Sidibé*	Animatrice	
Kadiatou Coulibaly	Animatrice	
Mathieu Saye	Animateur	
Mohamed Babaya	Superviseur d'enquêtes	ACTED Programme AME ¹¹
Baty Diallo	Enquêtrice	
Halimata Walet Tamou	Enquêtrice	
Mohamed Assibit	Enquêteur	
Abdramane Amadou	Enquêteur	
Mahalmoudou Tandina	Enquêteur	

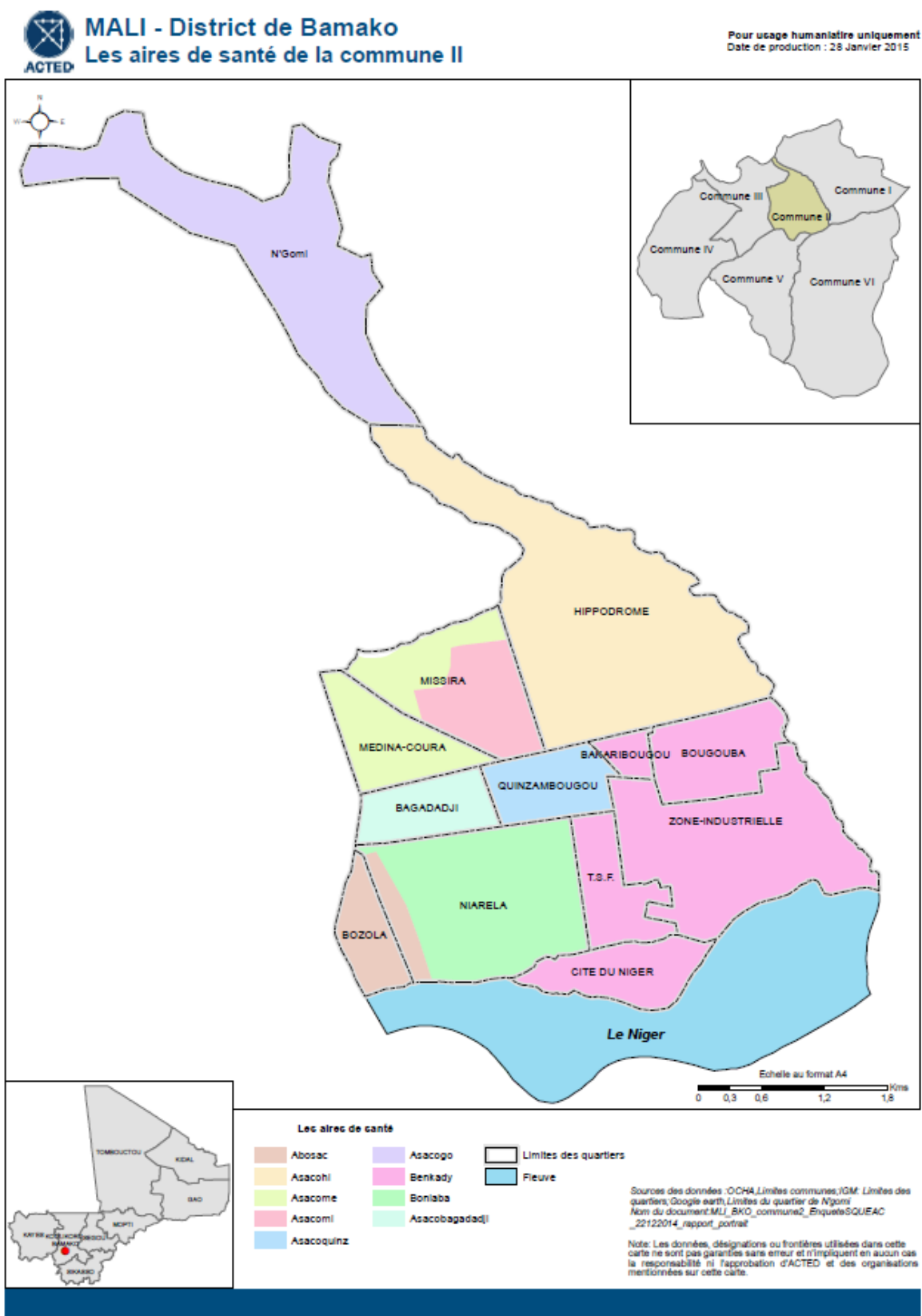
^{10*} Personnes formées à la méthodologie SQUEAC

¹¹ AME : Appraisal Monitoring Evaluation

ANNEX E 2: CHRONOGRAMME

16 - 19 janvier	Confirmation du chronogramme Organisation de l'investigation Préparation des données quantitatives Préparation de la formation Etape1 Cartographie
21 - 23 janvier	Formation Généralités Méthodologie SQUEAC et Théorie Etape 1 Analyse des données quantitatives Tests pilotes qualitatifs
24 janvier	Organisation de la collecte des données complémentaires (quantitatives manquantes et qualitatives) Préparation formation étape 2
26 - 28 janvier	Collecte des données manquantes dans les centres de santé
	Collecte des données qualitatives dans les centres de santé et dans la communauté
	Cartographie
	Début de BBQ
29 janvier	Synthèse des données qualitatives Formation Théorie étape 2 Identification des hypothèses
30 janvier	Organisation-planification des équipes de l'enquête
02 – 03 février	Enquête petites zones première phase
04 – 05 février	Synthèse des données Théorie Etape 3 Echantillonnage Organisation-planification enquête petites zones seconde phase
06 – 10 février	Extension des enquêtes sur petites zones
10 février	Synthèse des données Travail sur les recommandations Préparation de la restitution
11 février	Atelier de restitution et de réflexion sur le plan d'actions
Reporting	

ANNEXE 3: CARTE DU DISTRICT



ANNEXE 4: CIBLE DES ENTRETIENS

Cibles	Nombre	Type d'entretien
Mère d'enfant MAS dans le programme	8	Focus / EISS / Histoire de cas
Mère d'enfant MAS non pris en charge ou abandons	24	EIS
Mère d'enfant de moins de 5 ans	9	Focus / EISS
Hommes	3	Focus
Grand-mère	4	EISS
Leader communautaires et religieux Associations de femmes	9	EISS / Focus
Relais communautaire	5	EISS
Agent de santé	4	EISS
Prise en charge	5	Observation
Tradithérapeutes et accoucheuses	4	EISS
Réunions ASACO / Relais	2	Observation
ASACO	2	Focus

ANNEXE 5: QUESTIONNAIRES

Enquête de couverture - Questionnaire pour les accompagnant(e)s des CAS NON COUVERTS

(= enfants malnutris sévères qui NE SONT PAS dans le programme)

Date : _____

Numéro d'équipe : _____

Quartier enquêté : _____ Sous-quartier : _____

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

1. DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT ? _____

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

☐ OUI

☐ NON

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

☐ OUI

☐ NON (→ stop !)

Si oui, quel est le nom du programme ? _____

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

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

Réponses	Cocher	Notes
Trop loin (distance en km ? ____ Temps ? ____)		
Je n'ai pas le temps/ trop occupée		
La mère/ l'accompagnant est malade		
L'enfant est dans le programme URENAM		
La mère a honte d'aller dans le programme		
Je dois être référé par quelqu'un (mari, belle-mère) et il n'y a personne pour le faire		
Il n'y a personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants		
Le personnel du centre de santé réclame de l'argent		
L'accueil par le personnel du centre est mauvais		
Le temps d'attente est trop long		
L'enfant a été rejeté auparavant. Préciser « Quand » ? (période approximative) _____		
L'enfant d'autres personnes a été rejeté		
Mon mari/ ma famille a refusé		
L'accompagnant(e) ne pense pas que le programme peut aider l'enfant (il/ elle préfère la médecine traditionnelle, etc.)		
Autres raisons (détailler)		

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

☐ OUI

☐ NON (→ stop !)

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

☐ Abandon : Quand ? _____

Pourquoi ? _____

☐ Guéri et déchargé du programme: Quand ? _____

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

☐ Autres : _____

Remercier l'accompagnant et référer l'enfant à l'URENAS le plus proche.