



NAME OF PROGRAMME: Programme intégré de lutte contre la mortalité infantile
LOCATION: Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro, Région de Koulikoro, Mali
DATE OF INVESTIGATION: From 13st January 2015 to 30st January 2015
AUTHOR: Issiaka Traore, Goita Ousmane, Marie Biotteau
TYPE OF INVESTIGATION: SQUEAC
TYPE OF PROGRAMME: OTP for SAM
IMPLEMENTING ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)



COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire





SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
ACRONYMES	4
RESUME.....	5
OBJECTIFS.....	7
1. INTRODUCTION.....	8
2. CONTEXTE	8
2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE	8
2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:	10
2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA:	10
3. PROCESSUS D'INVESTIGATION	11
3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES.....	11
3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES	12
3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES	39
3.2. ETAPE 2 : Confirmation de zones de couverture élevée ou faible (enquête sur petite zone).....	51
3.2.1. METHODOLOGIE	51
3.2.2 RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE L'ENQUETE SUR PETITE ZONE	52
3.3. ETAPE 3 : Estimation de la couverture	55
3.3.1. Estimation de la probabilité à priori.....	55
3.3.2. Evidence vraisemblable	60
3.3.3. Probabilité a priori : estimation de la couverture	61
DISCUSSION & RECOMMANDATIONS	61

REMERCIEMENTS

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

- A la Direction générale de ECHO pour le soutien financier
- Au Ministère de la santé, à la Division Nationale de la Nutrition, à la Direction Régionale de la Santé (DRS) de Koulikoro, aux Districts Sanitaires (DS) de Kati et de Kalabancoro, aux personnels des formations sanitaires pour leur disponibilité, leur participation et leur vif intérêt pour la réalisation de l'enquête
- Aux autorités administratives et locales des Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro ainsi que toute la population de ces deux Districts pour leur accueil et collaboration
- Aux ASACO et aux relais communautaires pour leur collaboration et participation active
- A l'équipe IRC Bamako ainsi qu'aux Technical Advisors de New York pour leur appui à la réalisation de cette enquête
- A tous les membres de l'équipe d'investigation et aux partenaires formés lors de cette enquête (équipes cadre de district, Mediscus Mundi, IMC) pour leur motivation et la qualité de leur travail tout au long de l'enquête
- A l'équipe du Coverage Monitoring Network (CMN) et particulièrement à Abdoul-Aziz GOZA et Carine Magen pour leur appui technique dans la réalisation de cette enquête sur le terrain et leur très bonne collaboration avec l'ensemble de l'équipe



ACRONYMES

ASACO	Association de Santé Communautaire
CAFO	Collectif des Organisations et Associations Féminines
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de référence
DTC	Directeur Technique du Centre
FELASCOM	Fédération des ASACO
IRC	International Rescue Committee
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
REACH	Renew Effort Against Child Hunger and Undernutrition
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SLEAC	Simplified LQAS Evaluation of Access and Coverage
SUN	Scaling Up Nutrition
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Intensive
VAD	Visite à Domicile
WASH	Water sanitation and hygiene



RESUME

IRC intervient dans la région de Koulikoro dans les Districts de Kati et de Kalabancoro¹ depuis mai 2012 et à ce jour développe un programme intégré nutrition/WASH qui couvre l'ensemble des deux Districts à savoir 45 Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et 2 Centres de Santé de Référence (CSRef).

Le taux de couverture actuelle est de **40,2% (30,2% - 51,2%)**. Ce taux bien qu'au dessous des standards recommandés de 50% en milieu rural, se situe au-dessus de la moyenne nationale 22.3% (16,7% - 27,6%) et au-dessus de la moyenne de la région de Koulikoro de 31.9% (26.9% - 37.1%)². La dernière enquête SQUEAC conduite par IRC dans 35 aires de santé du District de Kati avait mis en évidence une couverture actuelle de 69.9%(62.3%-76.5%)³.

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

- la faible mobilisation communautaire pour les actions de sensibilisation et dépistage
- le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes)
- la méconnaissance de la malnutrition par les autres acteurs de santé (tradi-thérapeutes, les personnels de santé des cabinets privés)
- distance/coût opportunité élevé
- le manque de disponibilité des mères en raison de la multitude de tâches (domestiques, travaux champêtres, commerces ect...)

¹ Avant 2014, les deux Districts de Kati et de Kalabancoro formaient un seul District (District de Kati). La scission est effective depuis mai 2014. Le District de Kati comprend à ce jour 31 aires de santé et 1 centre de référence et le District de Kalabancoro 14 aires de santé un 1 centre de référence.

² SLEAC nationale juin 2014, UNICEF- Direction de la nutrition – CMN.

³ Lors de cette enquête SQUEAC en avril 2013, le calcul de la couverture périodique avait été choisi et s'élevait à 86,1% (IC 95% : 81,6%-89,65). Pour permettre la comparaison avec l'enquête de 2015, la couverture actuelle de cette enquête SQUEAC Avril 2013 a été calculée et indique un taux de couverture de 69.9%(62.3-76..5%). Pour information, l'intervention d'IRC a débuté en juin 2012 et a couvert 35 CSCoM à partir de novembre 2012. L'enquête SQUEAC d'avril 2013 a été réalisée après 5 mois de projet, et l'approche d'intervention d'IRC était davantage basée sur une réponse d'urgence avec la mise à disposition de ressources humaines et matérielles importantes qui expliquent le taux de couverture important. Depuis 2014, IRC a revu sa stratégie d'intervention en privilégiant une approche d'intégration des activités de PCIMA dans le système de santé existant et par conséquent a réduit son soutien direct au profit du renforcement des capacités locales qui pourrait expliquer la diminution du taux de couverture.



Les principales recommandations de l'enquête portent sur :

- réorienter la stratégie communautaire par la mise en place d'une cartographie du dynamisme communautaire, une planification des activités de mobilisation communautaire, un suivi des activités avec la mise en place d'outils réajustés, et l'utilisation des groupements et des canaux de communications existants pour faire passer les messages et réaliser le dépistage
- encourager le dépistage lors de tout contact avec un enfant malade et ou présentant des signes de malnutrition
- renforcer les connaissances sur la malnutrition des autres acteurs de santé (Tradithérapeute, agents de santé des cabinets privés)
- développer des initiatives pour la déconcentration de la prise en charge de la malnutrition
- évaluer les faisabilités de participation communautaire pour le référencement des enfants malnutris des villages vers les CSCom.

OBJECTIFS

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif général est d'évaluer la couverture et d'identifier les principales barrières à l'accessibilité au service de prise en charge de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans les Districts de Kati et de Kalabancoro au moyen d'une Evaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

OBJECTIFS SECONDAIRES

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



1. INTRODUCTION

Cette investigation entre dans le cadre du projet d'appui à la réduction de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans les Districts Sanitaires de Kati et de Kalabancoro, mis en œuvre par International Rescue Committee (IRC) sous financement ECHO. Le projet repose sur trois volets principaux :

- un volet nutrition basé sur le protocole de prise en charge de la malnutrition (PCIMA) en vigueur au Mali comprenant l'aspect communautaire et l'aspect curatif,
- un volet eau hygiène et assainissement selon l'approche WASH in Nut Sahel
- un volet coordination avec le renforcement des capacités de gestion et de suivi des programmes par les équipes cadre de District.

La réalisation de cette enquête SQUEAC permettra, en identifiant les barrières à l'accès et à la participation ainsi que les points forts du programme, de déterminer l'impact réel du projet et d'émettre des recommandations spécifiques pour améliorer la couverture et l'efficacité du programme.

2. CONTEXTE

2.1 PRESENTATION DES ZONES ET DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Le projet RC couvre l'intégralité des deux District de Kati et Kalabancoro.

En début d'enquête il avait été prévu de réaliser deux enquêtes distinctes en lien avec le contexte plus urbain du District de Kalabancoro et celui plus rural de Kati. Après l'étape 1, réalisée séparément pour les deux Districts, les premiers éléments d'analyse ont mis en évidence des hypothèses similaires. De plus, en raison de la faible prévalence de MAS observée lors de l'étape 2 (et donc de la difficulté d'obtenir un échantillon suffisant pour chaque District enquêté), l'analyse commune des résultats pour l'étape 3 a été choisie étant donné la similarité des deux zones.

Les Districts sanitaires de Kati et Kalabancoro formaient jusqu'en 2014 un seul District appelé communément District sanitaire de Kati et ceinturant l'ensemble de la ville de



Bamako. La scission en deux du District, a fait ressortir deux zones géographiques bien distinctes séparées par le fleuve Niger :

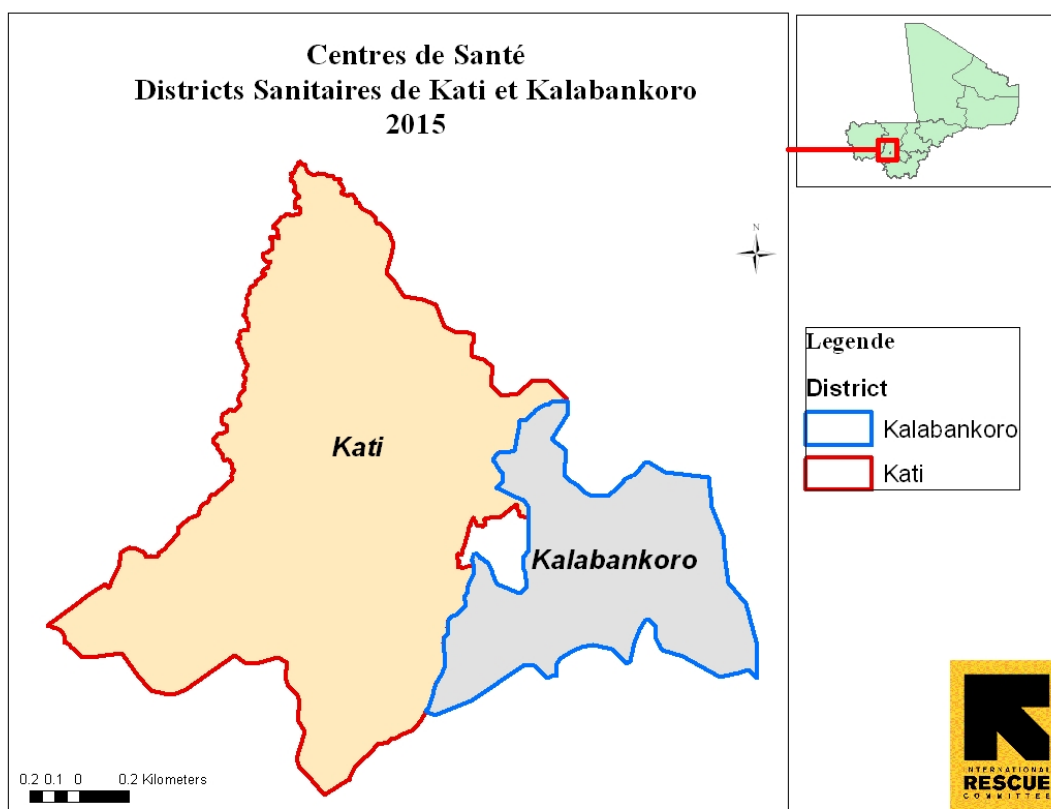
- Au Nord-Ouest du fleuve, District sanitaire de Kati qui comprend 31 aires de santé fonctionnelles (reparties en 24 communes) et une population de 610,024 habitants.
- Au Sud Est du fleuve, le District sanitaire de Kalabancoro qui comprend 14 aires de santé fonctionnelles (reparties en 4 communes) et une population de 310,183 habitants.

Ces deux Districts, de par leur situation géographique proche de Bamako, constituent des zones mixtes avec une forte concentration de population dans les centres urbains. La ville de Kalabancoro comptabilise plus de 60,000 habitants ce qui représente 20% de la population totale du District et la ville de Kati 52,000 habitants soit 9% de la population totale du District. Le District de Kati, plus vaste et plus peuplé est composé à 59 % de zone rurale contrairement à Kalabancoro qui comptabilise seulement 37% de son territoire en zone rurale (soit 63% de zone urbaine).

Les principales activités économiques des deux Districts en milieu rural sont majoritairement l'agriculture (culture du mil, du maïs et de l'arachide), et l'élevage (caprin, ovin et bovin). Les cultures maraîchères (oignons, tomates, aubergines, etc....) sont également développées dans la région en raison de la proximité avec la capitale et des opportunités d'échanges. Un important marché au bétail a lieu chaque semaine dans la commune de Kambila à 3 km de la ville de Kati et rassemble de nombreux commerçants et acheteurs des environs dont la ville de Bamako. En milieu urbain, les principales activités économiques sont les petits commerces et on dénombre une forte proportion de fonctionnaires résidant à Kati et Kalabancoro.

Les mécanismes de cohésion sociale apparaissent différents entre les zones rurales et les zones urbaines, les premières étant basées sur un système d'entraide communautaire s'appuyant sur les bases de la famille, les deuxièmes étant moins structurées en raison de l'éclatement de la cellule familiale (de nombreuses personnes ayant migré vers la capitale).

Carte 1 : District de Kati et de Kalabankoro



2.2. SITUATION NUTRITIONNELLE:

Selon la dernière enquête SMART nationale réalisée en juillet-août 2014 le taux de Malnutrition Aiguë Globale national (MAG) s'élève à 13,3%, dont 10,4% pour la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) et 2,9% pour la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS). Les résultats de 2014 sur base de l'analyse des intervalles de confiance ont montré une dégradation de la situation nutritionnelle dans la région de Koulikoro comparativement à 2013 et un classement en zone d'urgence avec 13,8% de MAG ; 11,4% de MAM ; et 2,3% de MAS, justifiant de l'importance de poursuivre les efforts dans la prévention et la Prise en Charge de la Malnutrition (PCIMA).

2.3. DESCRIPTION DU SYSTEME SANITAIRE ET DE PCIMA:

La prise en charge de la malnutrition est assurée dans les Districts de Kati et Kalabankoro conformément aux directives nationales à savoir dans chaque CSCOM fonctionnel



(URENAS/URENAM) et au niveau du CSRef (URENI) avec en parallèle le développement de l'approche communautaire pour faciliter la sensibilisation, l'identification et le référencement des cas de malnutrition via la participation active des relais communautaires (2 relais par village qui sont en théorie gérés par les ASACO).

IRC intervient dans les Districts de Kati et Kalabancoro depuis avril 2012 pour appuyer la prise en charge de la malnutrition aigüe dans l'intégralité des CSCom fonctionnels, des CSRéf et des communautés :

- KATI : 31 CSCm, 1 CSRéf, 566 relais (2 relais par village)
- KALABANCORO : 14 CSCom et 1 CSRéf, 206 relais (2 relais par village)

La stratégie d'intervention d'IRC vise à :

- Renforcer des activités de mobilisation communautaire à travers la supervision et l'encadrement des relais communautaires par une équipe d'animateurs IRC.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris dans les structures de santé (CSCom/CSRéf) via un appui technique régulier des équipes de supervision médicales IRC en charge de renforcer les capacités des acteurs de santé.
- Garantir l'accès au paquet minimum WASH pour une meilleure prise en charge des enfants malnutris.

3. PROCESSUS D'INVESTIGATION

3.1. ETAPE 1: ANALYSES DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Les données quantitatives ont été analysées séparément pour chaque District et sont présentées ainsi dans le rapport.

Les données qualitatives ont également été analysées séparément pour chaque District. Au vu des résultats obtenus, la synthèse est commune avec des précisions spécifiques pour chaque District.



3.1.1. ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES

3.1.1.1. DISTRICT SANITAIRE DE KATI

Evolution du nombre d'admissions en URENAS

Sur les 24 mois de projet, de janvier 2013 à décembre 2014, 11,407 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 475 admissions. Le projet couvre l'intégralité du District (31 CSCom) depuis avril 2013 (de janvier 2013 à avril 2013 seulement 35 CSCom était appuyés par IRC). Des pics d'admissions pouvant atteindre 700 admissions par mois ont été enregistrés durant la période de juillet à octobre ce qui correspond à la période de soudure (baisse de la disponibilité des denrées couplée à l'augmentation des prix des denrées alimentaires) et également à la recrudescence des épisodes de maladies infantiles (paludisme et diarrhée en saison des pluies). Ces pics d'admissions correspondent aux tendances nationales.

Pic de malnutrition lié aux diarrhées et à l'activité des mères

Le graphique illustre les admissions mensuelles (axe gauche, 0 à 1000) et la médiane glissante (axe droit, 0 à 100) pour les années 2013 et 2014. Les données sont présentées par mois, de janvier à décembre. Les zones d'admission sont colorées en rouge pour 2013 et en orange pour 2014. La médiane glissante est représentée par une ligne grise.

Mois	Admissions 2013	Admissions 2014	Médiane glissante 2013	Médiane glissante 2014
janv	330	330	330	330
fev	300	300	300	300
mars	510	510	330	330
avril	600	600	510	510
mai	650	650	590	590
juin	540	540	600	600
juillet	770	770	650	650
aout	500	500	540	540
sept	440	440	500	500
oct	760	760	500	500
nov	870	870	760	760
dec	280	280	540	540
janv	170	170	280	280
fev	150	150	170	170
mars	170	170	170	170
avril	190	190	170	170
mai	200	200	190	190
juin	500	500	200	200
juillet	830	830	490	490
aout	590	590	580	580
sept	570	570	570	570
oct	410	410	560	560
nov	610	610	560	560
dec	440	440	440	440

[illegible]



Une baisse du nombre d'admissions a été observée en 2014 comparativement à 2013 et ce particulièrement en début d'année 2014 (janvier à mai 2014) en lien d'une part avec la saisonnalité (période des récoltes avec accessibilité et diminution des prix des denrées alimentaires) et d'autre part en lien avec le changement de stratégie d'intervention d'IRC qui a conduit à une baisse du nombre d'admissions et probablement à une baisse de la couverture. En effet, en 2013, l'approche d'intervention visait à mettre en place des équipes mobiles avec du personnel IRC en charge d'intervenir avec les agents des CSCom pour la PCIMA et de réaliser également la PCIMA directement dans les villages les plus éloignés des CSCom. Cependant cette approche a été revue en 2014 dans un souci de pérennité de la réponse, en vue d'intégrer davantage la PCIMA dans le système de soins et de renforcer les capacités et l'autonomie des agents de santé des CSCom. Pour cela l'équipe IRC a été réduite à uniquement du personnel de supervision ce qui a impacté sur le nombre d'admissions dans le programme (les activités de prise en charge dans les villages éloignés n'étant plus réalisées).

La réduction du nombre d'admissions est également en lien avec la scission du District de Kati en deux (les admissions du District de Kalabancoro en 2014 étant reportées dans les rapports de Kalabancoro).

Evolution du nombre d'admissions en URENI

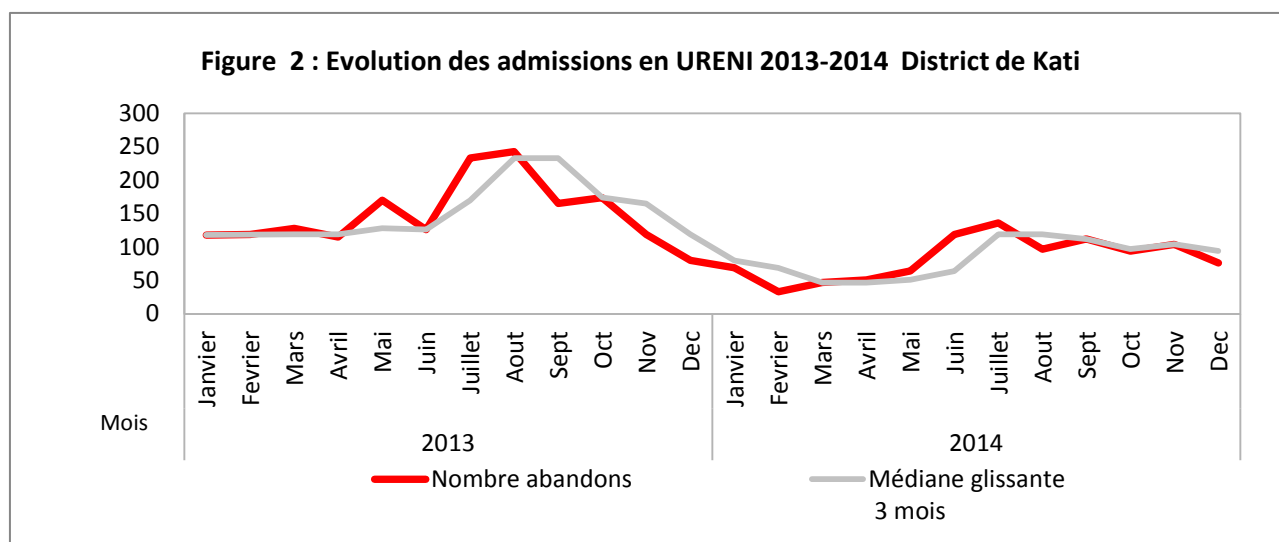
Entre janvier 2013 et décembre 2014, 2.792 enfants MAS avec complications médicales ont été admis à l'URENI (enfants transférés des CSCom + admis directs). L'évolution sur les deux années est comparable que jusqu'en mai 2014 étant donné que pendant cette période il n'existait qu'un seul URENI pour les deux Districts (URENI de Kati) et que l'URENI de Kalabancoro n'a ouvert qu'en juin 2014. Sur cette période, janvier 2013 à mai 2014, la tendance des admissions a suivi la même courbe que pour les admissions URENAS en lien avec la stratégie d'intervention d'IRC (existence d'équipes mobiles, réalisation des stratégies avancées et participation actives des équipes IRC pour les dépistages de masse) et des pics de maladies/malnutrition habituels au Mali.

Sur la période de janvier 2013 à mai 2014, la moyenne mensuelle d'admission est égale à 120 enfants et sur la période de juin 2014 à décembre 2014 la moyenne mensuelle d'admission est égale à 105.

La baisse du nombre d'admissions en URENI entre 2013 et début d'année 2014 est proportionnelle au nombre d'admissions en URENAS.

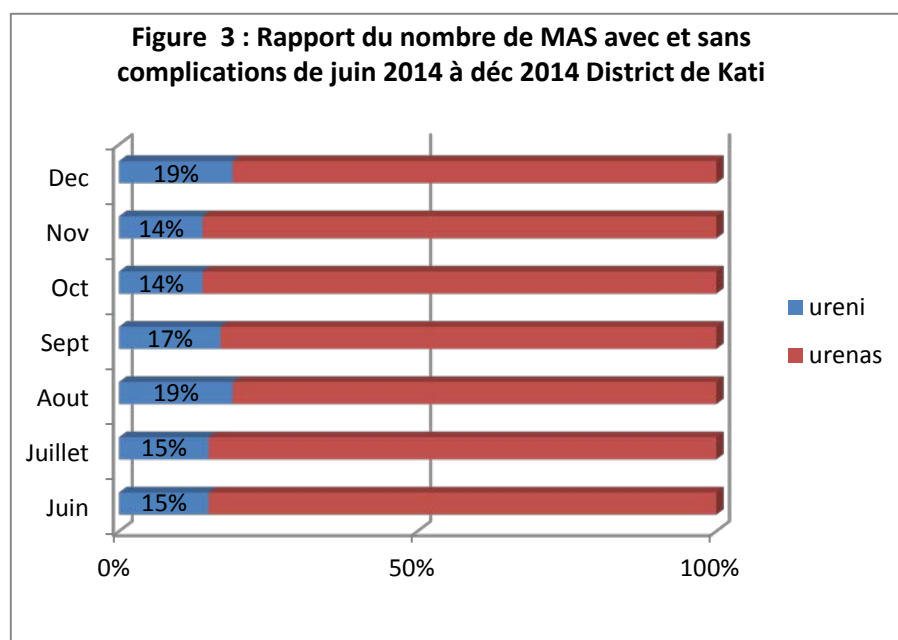


Cette baisse générale des admissions peut également être interprétée comme un amélioration de la prise en charge en URENAS avec un dépistage/référencement précoce (hypothèse de couverture bonne). Cependant, avec l'arrêt des stratégies avancées pour la prise en charge de la malnutrition, probablement certains cas ne sont pas pris en charge (hypothèse de couverture basse).



Rapport du nombre de MAS avec et sans complications

La proportion d'enfants MAS admis à l'URENI pour complications médicales s'élève à 18% ce qui est aux dessus recommandations. Ce taux élevé peut s'expliquer par un retard de diagnostic et de prise en charge de la malnutrition souvent du au recourt en première intention à d'autre mode de traitement et par conséquent une arrivée tardive dans les CSCom ce qui peut conduire à une faible



couverture.

Cette analyse est uniquement possible pour la période de juin 2014 à décembre 2014, les admissions de l'URENI de Kati comprenant les deux Districts (Kati et Kalabancoro) de janvier 2013 à mai 2014.



Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Figure 4: Proportion de la population par aire de santé

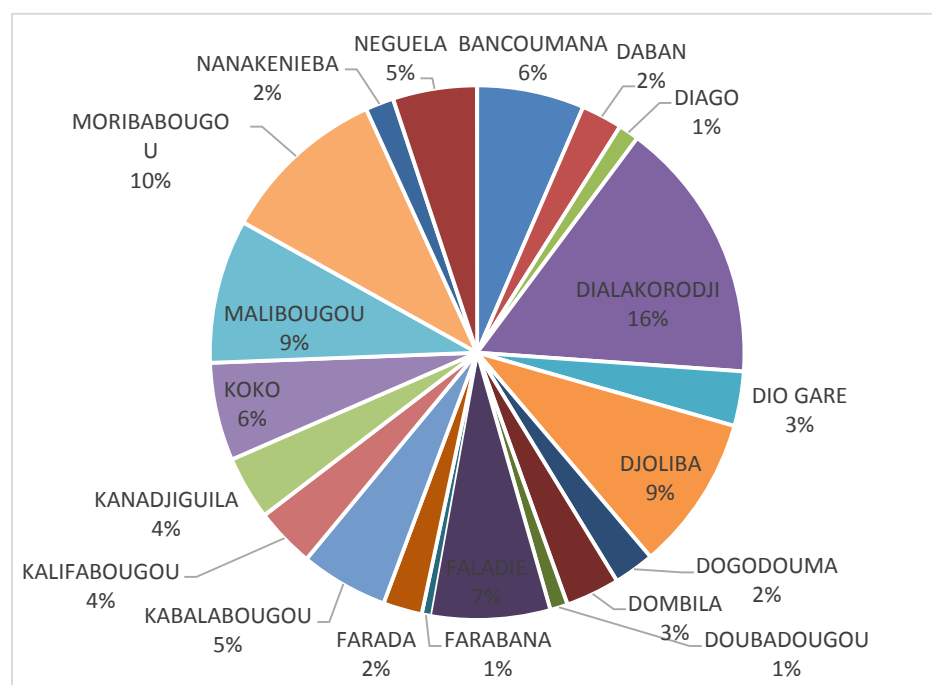
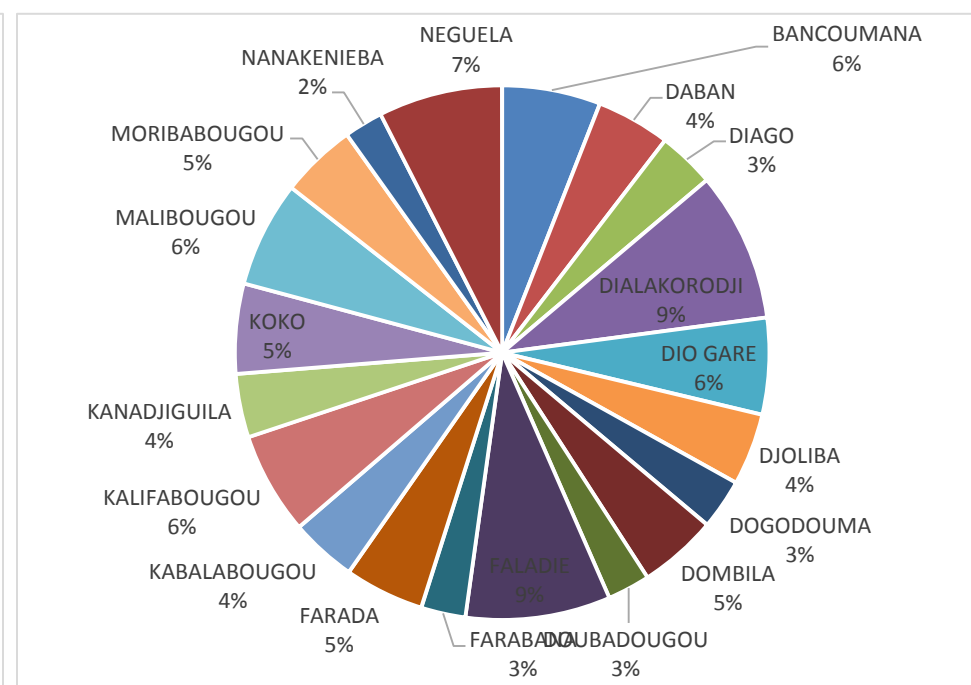


Figure 5: Proportion d'admissions par aire de santé





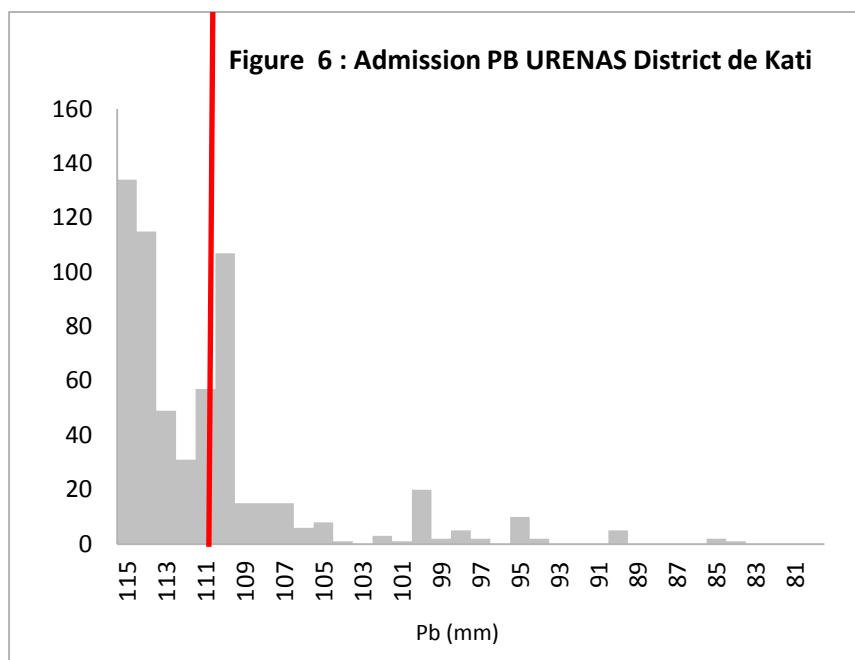
En comparant les proportions de populations de 6-59 mois des aires de santé (figure 4) et le nombre d'enfants admis dans le programme (figure 5), les CSCom peuvent être classés en trois catégories :

- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est équivalente à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture moyenne
- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est inférieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture faible
- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est supérieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture élevée.

Le tableau 2 (page 26) résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par CSCom.

Analyse des PB à l'admission

La valeur médiane du PB à l'admission est basse avec 111mm, et peut indiquer un faible niveau de mobilisation communautaire. En effet, si les enfants malnutris ne sont pas identifiés précocement, les activités communautaires de dépistage ne sont pas réalisées régulièrement et par conséquent les enfants arrivent tardivement dans les structures de prise en charge. De plus un dépistage tardif des cas de malnutrition impacte sur la réponse au traitement et la durée de séjour.



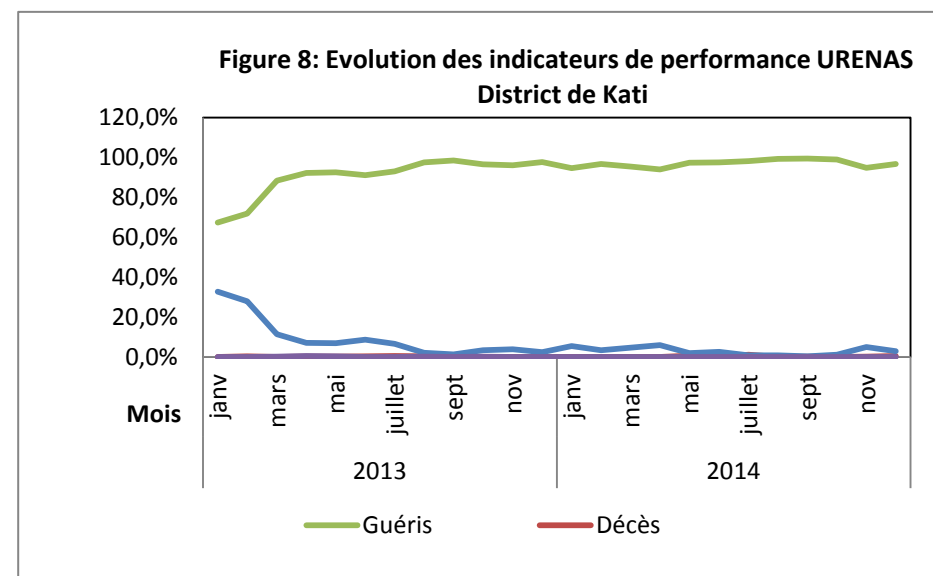
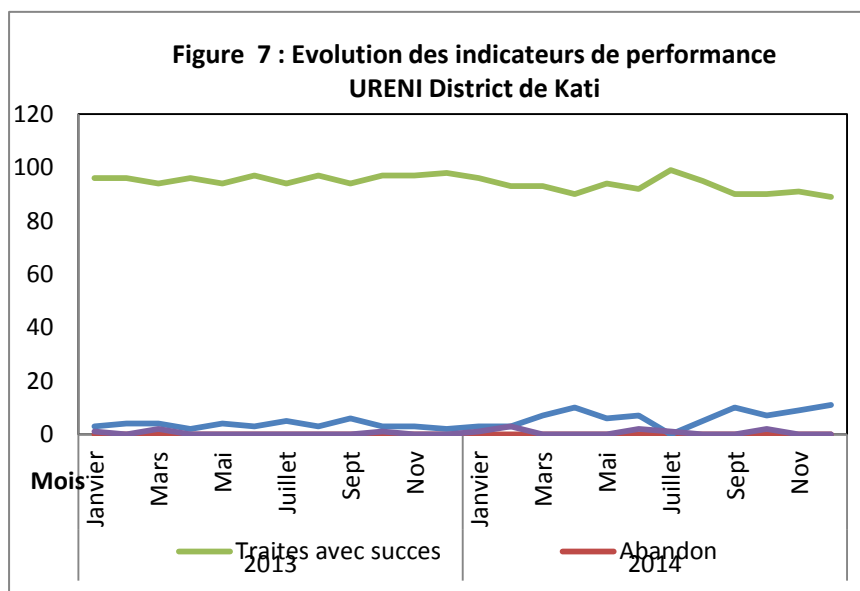


Le critère d'admission étant un PB strictement inférieur à 115mm, le calcul de la médiane du PB a été calculé avec tous les PB inférieur à 115mm, cependant les valeurs de PB égales à 115mm ont été précisés dans le graphique à titre informatif.

L'analyse de la médiane des PB à l'admission par CScCom permet de classer chaque CScCom selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée (plus le PB est proche de 114 et plus la couverture devrait être élevée car cela indique que la détection/référence communautaire se fait à temps, et plus le PB est inférieur à 114, plus la couverture devrait être faible). Une analyse basée sur le PB permet de classer les CScCom en 3 catégories qui est résumé dans le tableau 2 (page 26).



Analyse des indicateurs de performance



Les indicateurs de performance des URENAS répondent aux valeurs de référence SPHERE standards de 2013 à 2014, ce qui est favorable à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet à une meilleure participation et adhésion de la communauté. Un pourcentage important d'abandons a été enregistré en début d'année 2013 en lien avec le démarrage des activités PCIMA dans 35 CSCom et le manque de suivi des absents du programme.

Cette situation s'est rapidement régularisé avec le renforcement des compétences des agents terrain (formation, suivi ect..).



Au niveau de l'URENI, les indicateurs de SPHERE sont globalement dans les normes ce qui, comme pour les URENAS, peut présager d'une bonne couverture. Cependant, on remarque qu'en 2014, le taux de décès a augmenté au moment du pic de malnutrition/pathologies (paludisme grave) ce qui peut avoir un impact négatif sur la couverture en donnant une mauvaise image du programme dans la communauté même si les valeurs SPHERE sont respectées.

L'analyse des indicateurs de performance par CSCo permet de classer les CSCo en trois catégories d'hypothèse de couverture en se basant sur le fait que plus les indicateurs de performance sont élevés (taux de guérison, faible nombre d'abandons et de décès, durée courte de séjour) et plus les mères ont confiance dans le système de santé ce qui peut avoir un impact positif sur la couverture.

Le tableau 2 (page 26) résume les hypothèses de couverture selon les indicateurs de performance pour chaque CSCo.

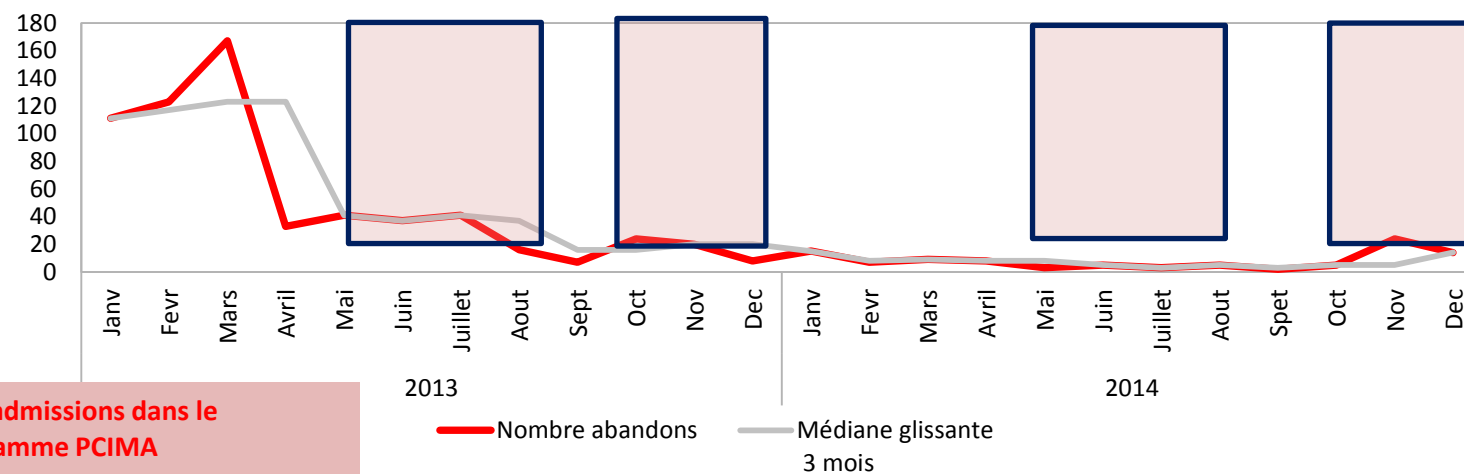
Analyse des abandons à l'URENAS

L'évolution du nombre d'abandons à l'URENAS est en lien avec l'amélioration des indicateurs globaux de performance des CSCo.

Comme expliqué précédemment le pic d'abandons en début 2013 était en partie lié au démarrage du programme (début des activités PCIMA dans 35 CSCo) et à la mauvaise coordination entre IRC et un partenaire local en charge à cette période des activités communautaires (dépistage, sensibilisation, VAD). La recherche des absents et des abandons n'était pas suivie à cette période.



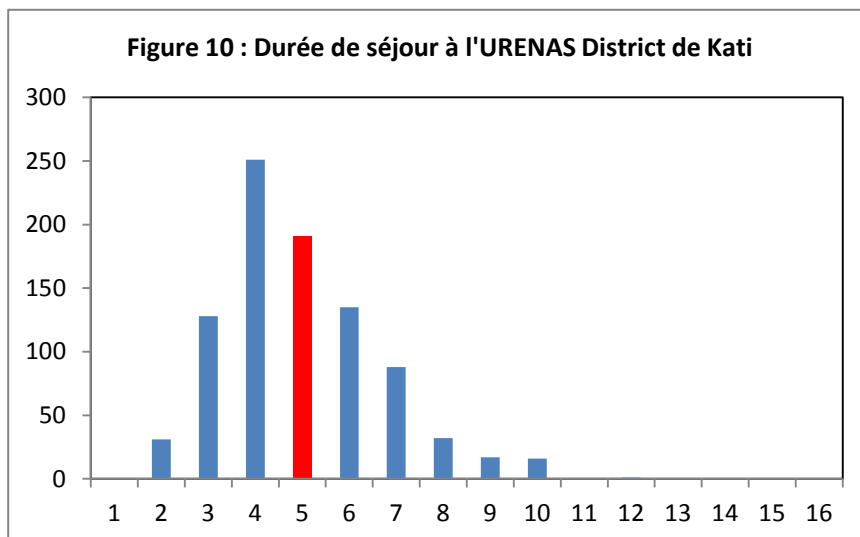
Figure 9 : Evolution du nombre d'abandons à l'URENAS District de Kati





Analyse de la durée moyenne de séjour

La durée médiane de séjour avant guérison est de 5 semaines, et correspond aux recommandations du protocole national de prise en charge (4 à 6 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 7 semaines qui peut être interprété comme un indice de couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut



décourager certaines mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères (partage ration) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non-répondants).

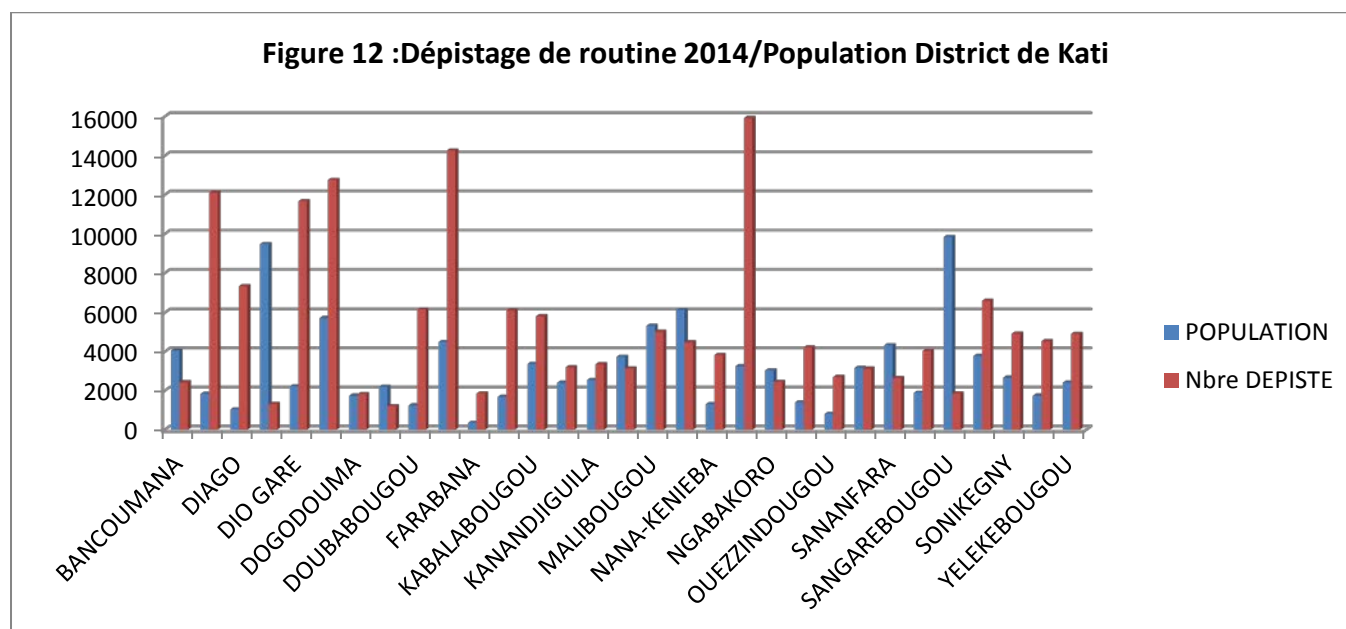
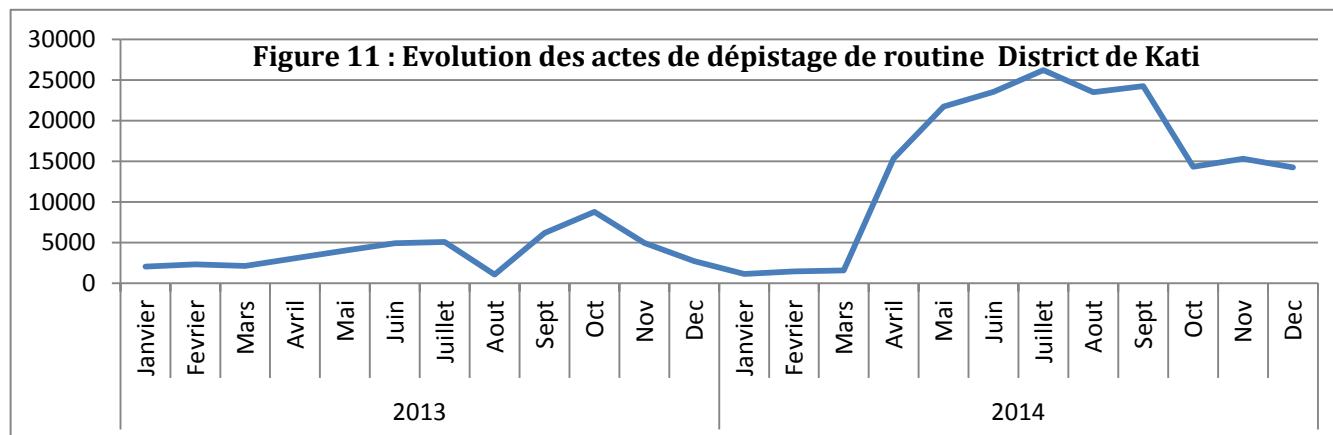
L'analyse plus approfondie de la durée moyenne de séjour par CSCom et par rapport à la durée moyenne de séjour recommandée permet de classer les CSCom selon l'hypothèse que plus la durée de séjour est courte et plus les mères adhéreront et resteront dans le programme jusqu'à la guérison. Ceci va également renforcer la confiance des autres mères dans le système de santé. Le tableau 2 (page 26) résume les hypothèses de couverture selon la durée moyenne de séjour avant guérison.

Analyse des types de référencement

55% des admissions sont référés par les relais ce qui est un indicateur important pour évaluer la couverture. Cependant, il est à noter que le terme « référence relais » englobe l'ensemble des acteurs communautaires (relais, leaders, tradi-thérapeute). Des efforts dans la distinction des référencement via un interrogatoire approfondi avec les mères pourrait être institué lors de l'admission de l'enfant afin de mieux comprendre les mécanismes de référencement et les actions à entreprendre et par conséquent d'augmenter la couverture du programme.



Dépistage par les relais communautaires





Le nombre d'enfants dépistés lors des activités de routine a nettement augmenté entre 2013 et 2014 et particulièrement pendant les périodes critiques (pics de malnutrition et pics de maladies infantiles). Cela peut-être un indice d'une amélioration de la couverture avec une mobilisation communautaire plus importante (c.-à-d. les relais sont plus actifs) et avec la priorisation des activités pendant les périodes critiques (c.-à-d. en période de pic de malnutrition).

Ces résultats doivent cependant être interprétés avec précaution car ils sont basés sur les données collectées auprès des relais communautaires (les équipes terrain IRC ayant reporté des disparités entre les données fournies par certains relais et les activités de dépistage réellement réalisées dans les villages). En effet, le ratio nombre d'actes de dépistage sur le total des enfants de moins de 5ans, indique un taux de couverture de dépistage en augmentation (57% en 2013 et 201% en 2014) et par conséquent la connaissance du MUAC devrait être généralisée dans la communauté. Cependant ce constat n'a pas été vérifié lors de la phase qualitative de l'enquête (peu des personnes interrogées connaissaient le MUAC) et indique donc que le dépistage par les relais communautaires cible probablement plusieurs fois les mêmes enfants (problème de doublons), que les chiffres de population ciblée sont peut être erronés (population sous-évaluée) ou enfin que les relais fournissent des rapports de mauvaise qualité (sur-déclaration).

L'analyse du rapport acte de dépistage/cible permet de classer chaque CSCCom selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée. Plus le rapport est éloignée de 100% plus on peut considérer que la couverture est faible (le dépistage touche qu'une faible proportion de la population). Les résultats de cette analyse sont résumés dans le tableau 2 (page 26).



Conclusion hypothèses de couverture

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

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

Conclusion	Admission vs population	Médiane PB d'admission	Taux de guérison URENAS	Transfert URENAS vers URENI	Médiane de la durée moyenne de séjour	Dépistage vs population	Existence cabinet privés
BANCOUMANA							
DABAN							
DIALAKORODJI							
DIO GARE							
DIAGO							
DOGODOUMA							
DJOLIBA							
DOMBILA							
DOUBADOUGOU							
FALADIE							
FARADA							
FARABANA							
KABALABOUGOU							
KALIFABOUGOU							
KANADJIGUILA							
KOKO							
MALIBOUGOU							
MORIBABOUGOU							
NANAKENIEBA							
NEGUELA							
N'GABACORO							
NIOUMAMAKANA							
OUIZZINDOUGOU							
SAFO							
SANANFARA							
SANDAMA							
SANGAREBOUGOU							
SIBY							
SONIKEGNY							
TORODO							
YELEKEBOUGOU							



3.1.1.2. DISTRICT SANITAIRE DE KALABANCORO

Evolution du nombre d'admissions en URENAS

Sur les 24 mois de projet, de janvier 2013 à décembre 2014, 5,382 admissions ont été comptabilisées avec une moyenne mensuelle de 224 admissions. Le projet couvre l'intégralité du District (14 CSCom) depuis avril 2013 (de janvier 2013 à avril 2013 seulement 10 CSCom était appuyés par IRC). Des pics d'admissions pouvant atteindre 700 admissions par mois ont été enregistrés durant la période de juillet à octobre ce qui correspond à la période de soudure. Ces pics d'admissions correspondent aux tendances nationales en lien avec le calendrier saisonnier (tableau 3).

La baisse du nombre d'admissions observée en 2014 comparativement à 2013 est similaire à celle observée pour le District de Kati et est imputable aux mêmes raisons évoquées précédemment suite aux changements de stratégie d'intervention d'IRC et à la division du District en deux.

Pic de malnutrition lié aux diarrhées et à l'activité des mères

The graph displays two data series over a 24-month period from January 2013 to December 2014. The Y-axis represents the number of admissions, ranging from 0 to 800. The X-axis shows months, grouped by year. The green line represents 'Nombres Admissions Mois' (Monthly Admissions), and the grey line represents 'Médiane glissante 3 mois' (3-month moving median). Two specific periods are highlighted with red boxes: May to August 2013 and May to August 2014. Two other periods are highlighted with yellow boxes: October to December 2013 and October to December 2014.

Mois	Nombres Admissions Mois	Médiane glissante 3 mois
janv 2013	120	120
fevr 2013	150	130
mars 2013	180	150
avril 2013	280	180
mai 2013	320	280
juin 2013	300	280
juillet 2013	720	320
août 2013	700	680
sept 2013	250	680
oct 2013	480	550
nov 2013	320	320
dec 2013	100	320
janv 2014	80	100
fevr 2014	60	80
mars 2014	40	60
avril 2014	50	60
mai 2014	150	80
juin 2014	250	180
juillet 2014	280	180
août 2014	150	180
sept 2014	100	180
oct 2014	150	150
nov 2014	160	150
dec 2014	120	120

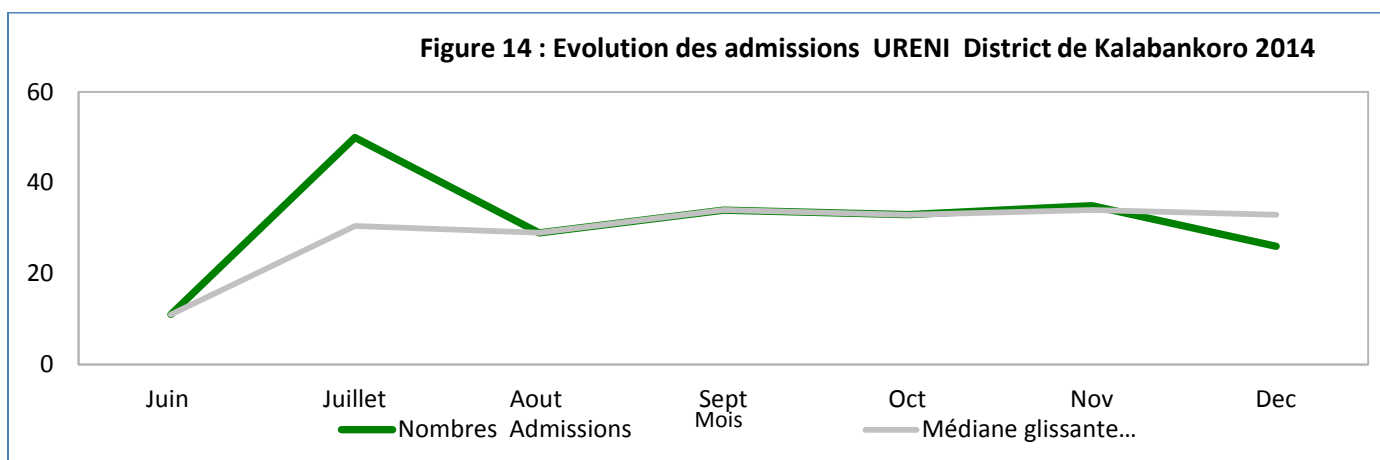
[illegible]



Evolution du nombre d'admissions en URENI

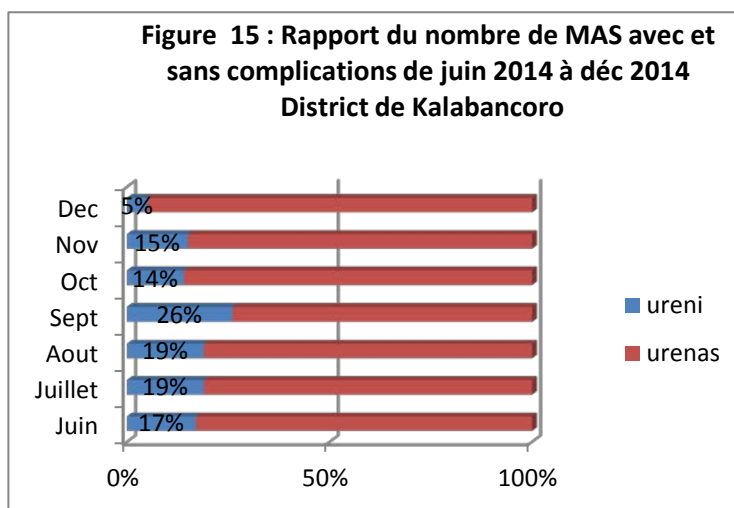
L'URENI de Kalabancoro a ouvert en juin 2014, les cas de MAS avec complications médicales du District de Kalabancoro étant auparavant traités au niveau de l'URENI du CSRef de Kati.

Sur cette période, mai 2014 à décembre 2014, la tendance des admissions a suivi la même courbe que pour les admissions URENAS en lien avec les pics de maladies/malnutrition habituels au Mali. Sur la période de mai 2014 à décembre 2014, la moyenne d'admission est égale à 31 enfants. Cette évolution saisonnière du nombre d'admissions est un indice de couverture acceptable.



Rapport du nombre de MAS avec et sans complications

La proportion d'enfants MAS admis à l'URENI pour complications médicales s'élève à 18.5% ce qui est aux dessus des recommandations. Ce taux élevé peut s'expliquer par un retard de diagnostic et de prise en charge de la malnutrition souvent du au recourt à d'autres modes de traitement avant d'arriver au CSCom probablement un signe de couverture faible





Analyses des données sur la population et le nombre d'admissions

Figure 16: Proportion de la population par aire de santé

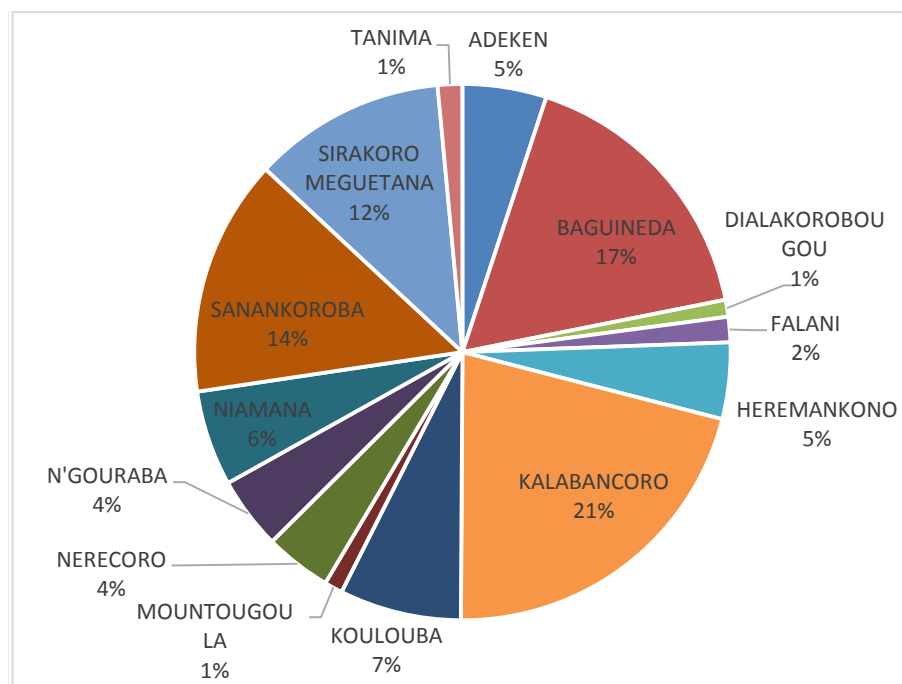
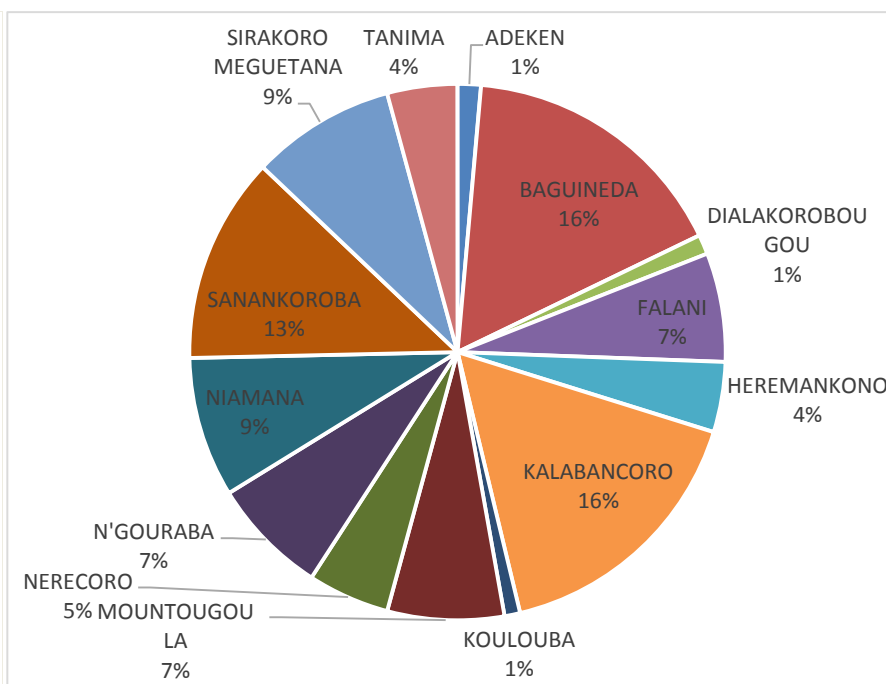


Figure 17: Proportion des admissions par aire de santé



En comparant les proportions de populations de 6-59 mois des aires de santé (figure 16) et le nombre d'enfants admis dans le programme (figure 17), les CSCom peuvent être classés en trois catégories :



- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est équivalente à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture moyenne.
- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est inférieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture faible.
- les CSCom dont la proportion des enfants admis en URENAS est supérieure à celle des enfants de 6-59 mois de l'aire de santé, correspond à une hypothèse de couverture élevée.

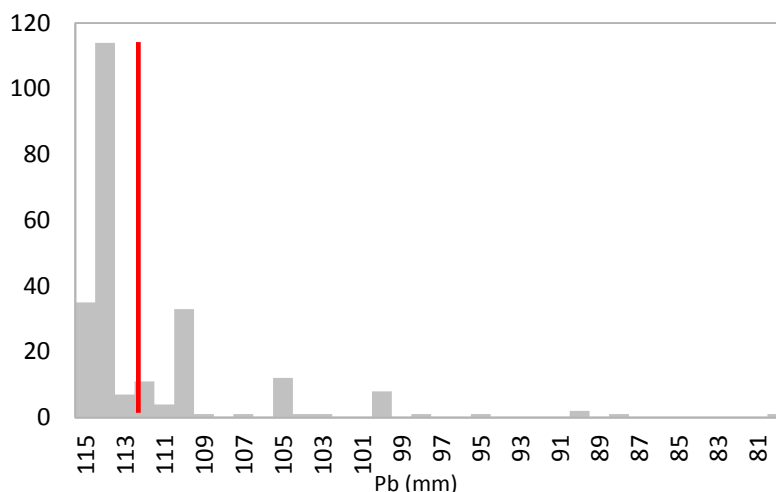
Le tableau 4 page (38) résume l'analyse du rapport population sur le nombre d'admissions et les hypothèses de couverture par CSCom.

Analyse des PB à l'admission

La valeur médiane du PB à l'admission est de 112 mm, et peut indiquer un niveau de mobilisation communautaire moyen. Pour le District de Kalabancoro, les enfants malnutris semble être identifiés plus précocement ce qui favorise la réponse au traitement.

L'analyse de la médiane des PB à l'admission par CSCom permet de classer chaque CSCom selon les hypothèses de couverture faible, moyenne et élevée. Plus tôt un enfant est détecté et admis dans le programme plus son temps de traitement sera court et plus le traitement sera efficace (l'enfant présentera moins de complications médicales, la différence entre le poids d'admission et le poids cible à atteindre sera moindre et le nombre de visite au CSCom pour le suivi nutritionnel sera réduit). Un traitement efficace et court facilite l'adhésion des populations au programme et par conséquent augmente la couverture du programme. Le tableau 4 (page 38) résume les hypothèses de couverture selon le PB médian pour chaque CSCom.

Figure 18 :
Admission PB URENAS District de Kalabancoro





Analyse des indicateurs de performance

**Figure 19 : Evolution des indicateurs de performance URENAS
District de Kalabancoro**

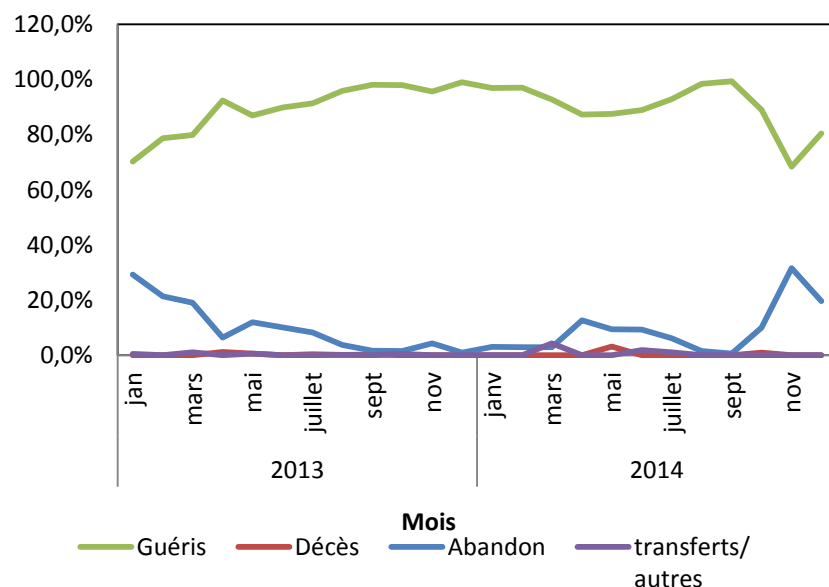
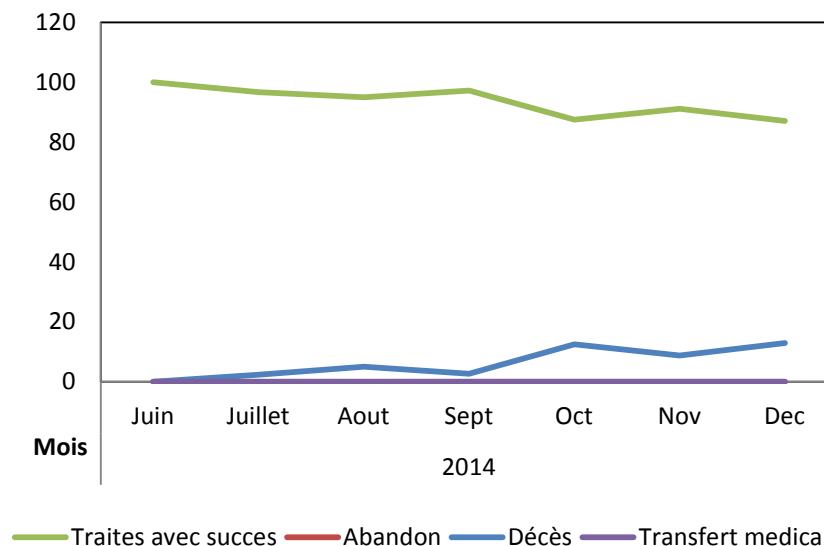


**Figure 20 : Evolution des indicateurs de performance URENI
District de Kalabancoro**



Les indicateurs de performance des URENAS répondent globalement aux valeurs de référence SPHERE de 2013 à 2014, ce qui est favorable à la couverture. Les programmes efficaces (taux de guérison élevé) encouragent en effet, à une meilleure participation et adhésion de la communauté. Cependant, l'augmentation du taux d'abandons pour le dernier trimestre 2014 serait dû a une sous notification des abandons lors des mois précédents et la correction des registres et des fiches a cette période. Ceci montre donc la faiblesse du remplissage des supports qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité du suivi et la prise en charge et par conséquent sur la couverture.



Les indicateurs de performances de l'URENI sont dans les normes SPHERES de juin à décembre 2014 avec des taux de guérison de 91.8%, des taux d'abandon de 0.2% et des taux de décès de 8.0%. Des taux élevés de guérison auront un effet positif sur la couverture, et faciliteront l'adhésion des populations au programme. Cependant, une augmentation du taux de décès entre septembre et décembre 2014 a été observé avec passant de 3% à la valeur critique de 12,9% ce qui peut entraîner une dégradation de la notoriété du programme et de l'adhésion des populations avec pour conséquence une baisse de la couverture.

L'analyse des indicateurs de performance par CSCom permet de classer les CSCom en trois catégories d'hypothèse de couverture en se basant sur le fait que plus les indicateurs de performance sont élevés (taux de guérison, faible nombre d'abandons et de décès, durée courte de séjour), plus les mères ont confiance dans le système de santé ce qui peut avoir un impact positif sur la couverture.

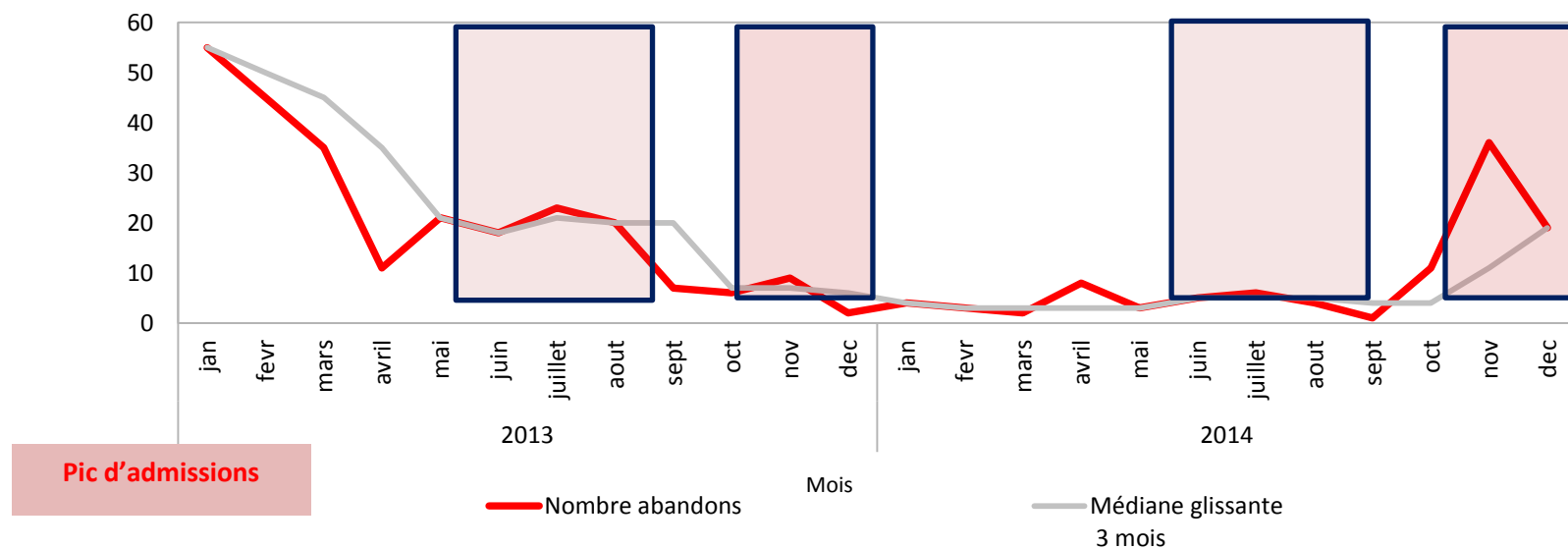
Le résultat de cette classification est résumé dans le tableau 4.

Analyse des abandons à l'URENAS

Comme pour le District de Kati le pic d'abandons en début d'année 2013 est en partie lié à la mauvaise coordination entre IRC et un partenaire local en charge des activités communautaires (dépistage, sensibilisation, VAD). La recherche des absents n'était pas réalisée à cette période.



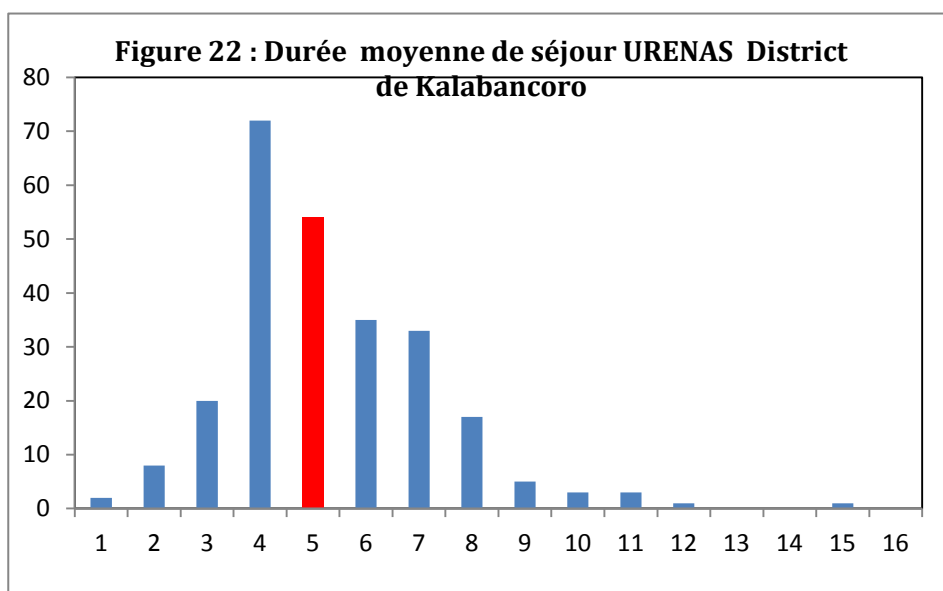
Figure 21: Evolution des abandons URENAS District de Kalabancoro





Analyse de la durée moyenne de séjour

Comme pour le District de Kati, la médiane de la durée moyenne séjour avant guérison est de 5 semaines, et correspond aux recommandations du protocole national de prise en charge (4 à 6 semaines). On observe un certain nombre de guérison au-delà de 7 semaines qui peut être interprété comme un indice



de couverture faible. En effet, la durée prolongée dans le programme peut décourager les mères et donner une image négative du programme. Ces durées prolongées indiquent également des lacunes dans le respect du protocole PCIMA aussi bien par les mères (partage ration) que par le personnel de santé et les relais communautaires (pas de suivi à domicile, pas de transfert des non-répondants).

L'analyse plus approfondie de la durée moyenne de séjour par CSCom et par rapport à la durée moyenne de séjour recommandée permet de classer les CSCom selon l'hypothèse que plus la durée de séjour est courte et plus les mères adhéreront et resteront dans le programme jusqu'à la guérison. Ceci va également renforcer la confiance des autres mères dans le système de santé et pourra agir sur l'itinéraire habituel thérapeutique (automédication, tradithérapeute, clinique privée, et CSCOM). Le tableau 4 résume les hypothèses de couverture selon la durée moyenne de séjour avant guérison.

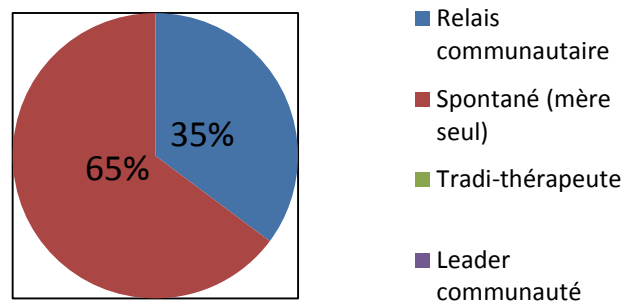
Analyse des types de référencement

Seulement 35% des enfants admis dans le programme sont référés par les relais ce qui indique un faible niveau de dépistage communautaire et référencement par les relais communautaires. Le contexte périurbain du District de part sa contiguïté avec la ville de Bamako, met en évidence que l'approche relais (habituellement mise en place dans des contextes ruraux) ne semble pas fonctionner du à:



- la plus faible acceptation des relais communautaires dans le milieu urbain que dans les milieu ruraux (manque de cohésion sociale)
- les déménagements plus fréquent des familles en zones urbaines
- les activités professionnelles des relais communautaires (manque de temps pour le dépistage et sensibilisation des populations).

Figure 23 : Mode de référencement District de Kalabancoro



De plus, la faible effectivité des relais dans leur mission première de sensibilisation, dépistage référencement des populations accentue le fait que les enfants malnutris aient recours à d'autres systèmes de soins disponibles (cliniques privées, CHU ect..).

Dépistage par les relais communautaires

Figure 24: Dépistage de routine District de Kalabancoro

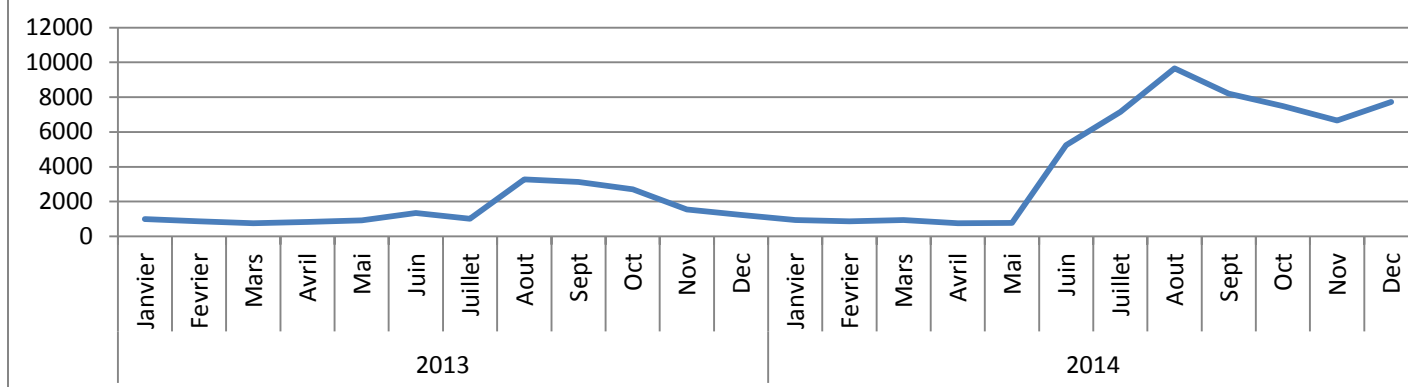
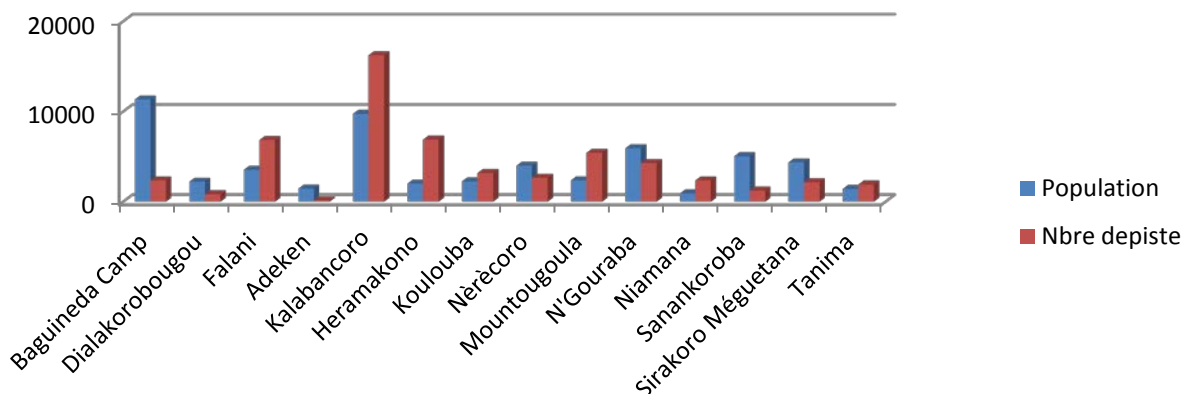




Figure 25: Dépistage de routine en 2014/population District de Kalabancoro



Comme pour le District de Kati, le nombre d'enfants dépistés lors des activités de routine a nettement augmenté entre 2013 et 2014. De plus, ce nombre connaît des pics durant les périodes critiques. Cela peut être un indice d'une amélioration de la couverture avec une mobilisation communautaire plus importante (c.-à-d. relais plus actif) et avec des activités réalisées aux meilleures périodes pour avoir un impact réel.

Ces résultats doivent cependant être pris avec précaution car ils sont dépendant de la qualité du reporting réalisé par les relais qui ne sont pas systématiquement supervisés durant leur activité de routine.

Le ratio nombre d'actes de dépistage sur le total des enfants de moins de 5ans, indique un taux de couverture de dépistage en augmentation (33% en 2013 et 99% en 2014) et donc que la connaissance du MUAC devrait être généralisée dans la communauté. Cependant ce constat n'a pas été vérifié lors de la phase qualitative de l'enquête (peu des personnes interrogées connaissaient le MUAC) et indique donc que le dépistage par les relais communautaires cible probablement plusieurs fois les mêmes enfants (problème de doublons), que les chiffres de population ciblée sont peut être erronés (population sous-évaluée) ou enfin que les relais fournissent des rapports de mauvaise qualité (sur-déclaration).

Les résultats de cette analyse sont résumés dans le tableau 4.



Conclusion hypothèses de couverture

L'analyse de toutes les données quantitatives est résumé dans le tableau 4.

Tableau 4: Tableau récapitulatif des hypothèses de couverture selon les données quantitatives

CSCOM	Admission vs population	PB médian a l'admission	Taux de guérison URENAS	Transfert URENAS vers URENI	Durée médiane de sejour	Dépistage vs population	Existence cabinets privés
ADEKEN							
BAGUINEDA							
DIALAKOROBOUGOU							
FALANI							
HEREMANKONO							
KALABANCORO							
KOULOUBA							
MOUNTOUGOULA							
NERECORO							
NIAMANA							
N'GOURABA							
SANANKOROBA							
SIRAKORO MEGUETANA							
TANIMA							



3.1.2. ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES

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

Différents groupes de populations (7) ont été interrogées afin de pouvoir trianguler l'information :

- les accompagnants d'enfants MAS admis dans le programme (URENI et URENAS)
- les mères/pères ou grand-mères d'enfants de moins de cinq ans
- les relais communautaires
- les tradithérapeutes ou accoucheuses traditionnelles
- les leaders communautaires (chef de village, chef de groupement de femmes, chef de jeunes etc...)
- les agents de santé
- les autorités locales (chefs de village, conseiller du chef de village, imam, membre des ASACO, autorité communale)

Les guides d'entretiens portaient sur :

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

Dans un premier temps, la collecte des données s'est déroulée sur 4 jours par les 12 équipes d'investigation (4 à Kalabancoro et 8 à Kati), chacune composée de deux membres. Les superviseurs au nombre de 4 ont assuré le suivi des différentes équipes. La sélection des villages/quartiers s'est basée sur différents critères (distance par rapport aux centres de santé (proche/éloigné), contexte (urbain/rural), nombre d'admissions dans les centres (important/faible), afin de garantir la représentativité des données



collectées. Les données ont été collectées quotidiennement à l'aide de l'outil BBQ - Barrières, Boosters and Questions et recoupées par source.

Dans un deuxième temps, et en lien avec les différentes informations recueillies, une équipe d'investigation sur une période de 5 jours a réalisé des entretiens spécifiques en fonction des thématiques qui nécessitaient plus d'approfondissement comme la place et l'organisation des tradi-thérapeutes, les possibilités de référencement des cas malnutris des villages vers le CSCoM, la perception et l'utilisation du plumpy nut.

Les maladies infantiles, connaissance de la malnutrition et de ses signes

La malnutrition n'est pas perçue par la communauté comme une maladie à part entière. Il n'existe pas de terme commun pour définir la malnutrition mais plutôt différentes appellations en lien avec les signes de la malnutrition ou l'état de santé de l'enfant. Ainsi, les termes les plus souvent utilisés en langue Bambara sont :

- « Sumaya » qui veut dire paludisme,
- « Fono Konoboli » qui veut dire diarrhée vomissement
- « Subaga bana » en lien avec la sorcellerie
- « Balokodesse » qui veut dire manque de nourriture
- « Balakodjugna » qui veut dire mauvaise alimentation
- « Djolikedesse » qui veut dire manque de sang /anémie
- « Founou bana » qui veut dire œdème
- « Fassani » qui veut dire malnutrition pour certaines communautés (fassa = nerf)
- « Niebana » qui veut dire « carence de vitamine, besoin de protéine, enfant qui n'est jamais rassasié ».

En milieu rural, en général, il existe un terme spécifique défini par la communauté pour identifier les cas de malnutrition contrairement au milieu urbain où dans un même quartier différents termes peuvent être utilisés. Les termes utilisés dépendent également de la saisonnalité, ainsi en saison des pluies le terme le plus couramment utilisé pour la malnutrition est Sumaya (paludisme). Le fait de nommer la malnutrition comme le paludisme (les symptômes de la malnutrition étant considérés comme des symptômes du paludisme) peut induire des retards dans la prise en charge en lien avec un parcours thérapeutique inapproprié. En effet, au lieu d'aller dans les CSCoM l'enfant consulte soit



un guérisseur ayant une renommée pour le traitement du paludisme soit un cabinet privé, soit reçoit des médicaments achetés auprès de vendeurs ambulants qui affirment également pouvoir traiter cette maladie. Néanmoins, il faut noter que l'utilisation du terme « Sumaya » induit une compréhension partielle de la malnutrition aigue, le paludisme est en effet une pathologie fréquemment associée à la malnutrition

Le terme « Balakodesse » qui s'apparente le plus à la définition de la malnutrition est en général mal accepté par les communautés étant donné son caractère péjoratif compris souvent comme « l'absence de nourriture au sein du foyer ». Le terme « Balakodjuna » traduit comme « mauvaise alimentation » est souvent mieux perçu dans les communautés et particulièrement par les hommes car il ne remet pas en question les moyens de subsistance du foyer.

Le terme « Founou bana » (œdème) est peu utilisé dans les communautés. Pour certaines communautés, l'apparition d'œdème chez les enfants est souvent perçue comme des actes de sorcellerie qui devront être traités par un guérisseur, marabout ou féticheur.

Le terme Tikadèkèni désigne le plumpy nut et le plumpy sup qui sont connus par tous dans les communautés et reconnus comme des aliments et non des médicaments. Cette appellation peut conduire à une utilisation appropriée du traitement selon les normes recommandées. Cependant, cette méconnaissance des valeurs thérapeutiques du Tikadèkèni peut conduire les mères à le partager avec d'autres enfants non malnutris. La mauvaise administration du traitement à l'enfant malnutris conduit donc à une prolongation de la durée de séjour dans le programme.

Dans l'ensemble la malnutrition n'est pas perçue négativement au niveau social. Si on exclut les termes qui font référence au manque de moyens de la famille pour subvenir aux besoins des enfants, il n'existe pas de stigmatisation des enfants malnutris et dans l'ensemble les familles qui ont des enfants malnutris cherchent des solutions pour traiter leurs enfants. Des risques de stigmatisation peuvent cependant exister dans des cas bien précis (cas rare) comme les enfants nés d'unions interdites entre ethnies ou les enfants nés de femmes âgées ou de fille-mères. Dans ces cas, le risque de stigmatisation peut conduire à cacher les enfants qui ne bénéficient donc pas de traitement pour la malnutrition.



Les causes de la malnutrition ne semblent pas connues par les communautés. Une minorité de personnes ont cité un lien avec une alimentation insuffisamment riche, le paludisme, la diarrhée, les cas du sevrage précoce en cas de grossesse rapprochée. Les mères d'enfants malnutris admis dans le programme ne semblent pas connaître les causes de la malnutrition ce qui laisse penser à des insuffisances dans la sensibilisation lors de la prise en charge.

Le parcours thérapeutique des enfants malades

L'analyse du parcours thérapeutique des enfants malades indique que l'utilisation des centres de santé (où la prise en charge de la malnutrition est assurée) est considérée comme le dernier recours thérapeutique des familles et que les enfants malnutris reçoivent d'autres traitements en première intention.

Ainsi, en zone rurale, l'automédication (achat de tisanes/plantes ou achat de médicaments à des vendeurs ambulants) est utilisée en première intention en raison de son caractère peu onéreux et de sa disponibilité (accessible dans chaque village). De plus, l'utilisation des plantes/tisanes comme traitement au Mali est très développée, dans chaque famille au moins un membre connaît leur usage pour le traitement de symptômes courants (diarrhée, problème de dentition, paludisme).

En zone urbaine, l'automédication est également utilisée en première intention. L'offre en médicaments est plus importante avec la multitude de pharmacies et magasins (certains magasins pouvant vendre illégalement des médicaments), de vendeuses de médicaments dans la rue (à même le sol), ainsi que des vendeuses de feuilles (décoctions) sur les marchés qui ont acquis une certaine notoriété concernant les soins des enfants. Cette automédication est souvent facilitée par le fait que certaines pharmacies délivrent des médicaments sans ordonnance et peuvent également faire des consultations/prescriptions sans avoir les compétences requises.

En deuxième intention, les familles consultent les tradi-thérapeutes qui souvent en plus de leur diagnostic/traitement peuvent renseigner sur l'avenir de la santé de l'enfant (certains tradi-thérapeutes sont marabouts et/ou féticheurs). Les tradi-thérapeutes font partie de la communauté, sont reconnus et ont la confiance de la population. Le prix des consultations est souvent modique et adapté aux ressources du foyer. En cas de non amélioration de



l'état de santé de l'enfant, les familles consultent au centre de santé. Les personnels de santé ont confirmé qu'une très grande majorité des enfants malnutris a déjà reçu à domicile d'autres traitements avant leur admission dans le programme.

Le recours aux tradi-thérapeutes apparaît plus limité en milieu urbain par manque de connaissance/confiance. En effet, contrairement aux zones rurales où le tradi-thérapeute fait partie de la communauté et est connu par l'ensemble des familles, en milieu urbain le tradi-thérapeute est moins connu, les populations étant plus mobiles et les repères familiaux moins présents. Néanmoins certaines familles conservatrices ont recours aux marabouts aux féticheurs, ou aux vendeuses de plantes.

En dernier recours, les familles vont principalement se diriger vers les CSCom ou les cabinets privés en lien avec leurs moyens financiers.

Le recourt tardif au centre de santé est souvent en lien avec la barrière financière. En effet bien que le traitement de la malnutrition aigue (sévère+modérée) soit gratuit (les mères admises dans le programme ont confirmé ce point) nombreuses sont celles qui n'avaient pas cette information avant leur admission dans le programme. Certaines personnes interrogées ont également précisé connaître le caractère gratuit du programme mais que des coûts additionnels pouvaient être facturés en cas de consultation au CSCom (traitement oculaire, traitement dermatose etc...).

Les tradi-thérapeutes

Les tradi-thérapeutes sont des personnes influentes dans la communauté. Ils bénéficient d'une légitimité ancienne et de la confiance de la population. Au Mali, il existe plusieurs sortes de tradi-thérapeutes :

- ceux qui sont reconnus par le système malien et qui disposent d'une autorisation de travail. Les tradi-thérapeutes reconnus peuvent adhérer également à une association de tradi-thérapeutes (ceux qui utilisent les plantes).
- ceux qui n'ont pas d'autorisation de l'état mais qui sont reconnus par leurs communautés. Ils n'adhèrent pas aux associations et pratiquent des rites thérapeutiques magico-religieux.



La Fédération Malienne des Tradi- thérapeutes et Herboristes (FEMATH) a pour principale mission d'organiser la vie associative et la bonne gouvernance des différentes associations de tradi-thérapeutes ainsi que de renforcer les capacités des tradi-thérapeutes dans la connaissance des maladies. La fédération des tradi-thérapeutes et herboristes est organisée en trois niveaux responsable de la coordination des associations, au niveau national (FENATH), régional (FERATH) et locale (FELATH), chaque niveau étant responsable de la coordination des associations. Pour l'ensemble du pays, 6.000 tradi-thérapeutes sont recensés dans les 135 associations existantes. Pour les Districts de Kati/Kalabancoro, on dénombre environ 450 tradi-thérapeutes recensés dans 11 associations.

Avant le conflit de 2012, la FENATH organisait chaque année, une semaine internationale de la médecine traditionnelle en vue de faciliter la présentation, échange et vente de produits médicamenteux ainsi que et de renforcer les connaissances des tradi-thérapeutes sur les différentes maladies. Lors de la dernière session en 2011, trois thèmes principaux avaient été choisis dont la malnutrition et présentés à l'ensemble des représentants des associations, ces derniers étant ensuite en charge de diffuser les messages pour l'ensemble des membres de leur association.

Les tradi-thérapeutes interrogés ont précisé ne pas prendre en charge la malnutrition et avoir peu de connaissance sur cette maladie et le traitement. Les tradi-thérapeutes ont indiqué traiter les pathologies de l'enfant (paludisme, diarrhées etc....) qui peuvent être des maladies associées à la malnutrition. La durée des traitements est en général de 10 à 20 jours mais il n'est pas rare que l'enfant malade soit référé en cas de non amélioration de l'état de santé vers un autre tradi-thérapeute ce qui retarde le référencement vers le CSCoM pour la PCIMA. En moyenne, les tradi-thérapeutes voient une vingtaine d'enfants par semaine et entre 50 à 100 pendant la saison des pluies, ce qui représente un grand nombre d'enfants. Les tradi-thérapeutes ont confirmé que leur traitement et le traitement PCIMA est compatible et disent être prêt à dépister les enfants et référer vers le CSCoM les cas de malnutrition (certains d'entre eux ayant eu leurs propres enfants ou petits-enfants admis dans le programme PCIMA).



Les cabinets privés

Dans chaque pôle urbain (Kati et Kalabancoro), une trentaine de cliniques privées a été recensée lors de l'enquête (nombre qui est probablement supérieur). En moyenne dans les cabinets privés visités, 20 enfants sont consultés par semaine. La population cible des cabinets privés est en général une population disposant de ressources financières suffisantes pour pouvoir payer les frais de consultation et les soins (le prix du ticket de consultation varie entre 2.000 à 10.000 FCFA) et est potentiellement moins touchée par la problématique de la malnutrition. Cependant, les causes de la malnutrition étant multiples, certains enfants consultants dans ces cliniques privées peuvent présenter un épisode de malnutrition causé par une pathologie associées ou des pratiques alimentaires inadaptées qui peuvent aussi toucher les ménages plus aisés. Cependant, lors des entretiens avec le personnel de ces cabinets privés, il est apparu qu'aucun personnel de santé n'est formé à l'identification et la prise en charge de la malnutrition et par conséquent n'est pas en mesure de diagnostiquer et référer les enfants malnutris vers les structures de prise en charge.

Connaissance et perception du service

L'existence du programme de PCIMA semble peu connue par l'ensemble des communautés particulièrement en milieu urbain. De plus, la gratuité de la prise en charge semble être méconnue, c'est à l'arrivée dans les centres de santé que bon nombre de mères sont informées. De plus, bien que le plumpy nut et plumpy sup semble être connu d'une grande majorité de personnes, leur utilisation reste peu connue ainsi que l'endroit où on peut en trouver. Le plumpy nut et plumpy sup sont considéré comme des aliments et non des médicaments.

Ces différents points indiquent que la sensibilisation communautaire est insuffisante et de l'importance de multiplier les sources de diffusion des messages pour cibler un maximum de population.

Qualité de la prise en charge

La prise en charge de la malnutrition se fait dans tout les CSCom. La qualité de la prise en charge semble assez homogène dans l'ensemble des centres de santé. Le matériel de prise



en charge, les intrants et les médicaments pour le traitement systématique sont disponibles. La prise en charge est hebdomadaire mais le dépistage systématique se fait tous les jours et les cas identifiés malnutris sont pris en charge le jour même. La qualité de la prise en charge repose sur l'implication du personnel de santé et particulièrement les Directeurs Techniques de Centres (DTC) qui peut être très variable d'un centre à l'autre. En moyenne les femmes font 20 à 40 minutes de temps d'attente au CSCom et sont dans l'ensemble bien accueillies. Pour les cas de malnutrition, les femmes ne payent pas pour le traitement. La gratuité n'est pas toujours perçue comme telle du fait des coûts additionnels pour d'autres pathologies de l'enfant diagnostiquées qui ne sont pas inclus dans la gratuité (infections oculaires, blessures ect ...) ou du fait des coûts secondaires comme le transport pour accéder au CSCom. Au niveau de la qualité de la prise en charge certaines lacunes ou approximations dans l'application du protocole national sont ressorties comme des erreurs de critères d'admission et de sortie.

Organisations communautaires

En milieu rural, les canaux de diffusion de l'information semblent être bien définis, le chef de village étant en charge de designer une personne (soit un crieur public, un chef religieux, une personne influente etc....) qui se chargera ensuite de communiquer les messages. De plus, la vie associative est très développée avec l'existence de nombreux groupements (groupements féminins, groupements de jeunes etc....) et les leaders des associations représentent des personnes clés pour la diffusion de messages. Dans un village, il a été reporté que les messages importants étaient également diffusés auprès des élèves du second cycle ces derniers étant en charge d'informer leur parents.

En milieu urbain, malgré la présence d'un chef de quartier, l'organisation de la communauté est moins bien définie et le passage de l'information peu développé. Les associations sont présentes mais plus structurées avec une thématique bien définie et souvent un but lucratif. Des investigations spécifiques par quartiers sont nécessaires afin d'identifier une personne influente qui pourraient appuyer la diffusion de messages.

L'utilisation des radios locales pour une diffusion de masse des messages sur la malnutrition, en mettant à profit la structuration de la communauté (existence de groupements, de tontines etc....), les lieux de culte (en particulier pour informer les



hommes) et la CAFO (Collectif des Organisations et Associations Féminines) peuvent permettre de renforcer la diffusion des messages de sensibilisation et d'information.

Plusieurs chefs de villages éloignés des CSCom ont été rencontrés afin de connaître leur point de vue sur les difficultés d'accès au CSCom et les possibles ressources disponibles dans leurs villages pour pallier à ce problème. Selon eux, et en raison de la distance/coûts (par exemple : 4 heures de marche ou 500 FCFA aller retour) les mères arrêtent la prise en charge dès que l'état de santé de l'enfant s'améliore. Les possibilités de solution communes ont été évoquées comme la mise à disposition de transport en commun mais l'aspect financier apparaît comme un frein à la mise en place de telle mesure. De même, les communautés enquêtées de part leur culture sont réticentes à demander de l'aide à leurs concitoyens. Ce même genre d'exercice sera renouvelé dans d'autres communautés afin d'évaluer les faisabilités dans un autre contexte.

Activités des relais communautaires (sensibilisation et dépistage)

La participation des relais dans les activités de dépistage et de sensibilisation apparaît assez limitée particulièrement en milieu urbain. Comme déjà évoqué précédemment certains points concernant l'information sur le programme (connaissance de la malnutrition, gratuité de la PCIMA etc...) semble être peu connus de la population. De même, les actions de dépistage ne semblent pas couvrir l'ensemble des villages/hameaux, certaines femmes interrogées n'ayant jamais vu de MUAC.

L'absence de motivation financière pour les relais a été citée comme un frein à la réalisation des activités. De plus et particulièrement en milieu urbain, le nombre de relais par quartier est insuffisant pour couvrir l'ensemble de la population sachant que les relais ont souvent une activité professionnelle en dehors de leur quartier de résidence. Il apparaît que la stratégie relais est plus adaptée au milieu rural qu'au milieu urbain donc un besoin de développement de nouvelle stratégie communautaire en milieu urbain s'avère essentiel. Les limites constatées dans les activités menées par les relais poussent à concevoir un nouveau type de stratégie de mobilisation communautaire : celle-ci devant s'appuyer sur les différents segments de la société et s'adapter le plus possible aux modes de vie des populations.



Cas particulier des personnes en situation de précarité en milieu urbain

Lors des différents entretiens, il est apparu que certaines catégories socioprofessionnelles en milieu urbain présentaient un risque plus important de malnutrition pour leurs enfants en lien avec leur niveau de ressources mais également leur accès limité aux structures de prise en charge. En effet, certaines activités professionnelles réalisées par des mères de jeunes enfants (comme bonnes, vendeuses de rues, puiseuses d'eau) sont des emplois à plein temps (particulièrement le matin et en soirée) qui laissent peu de temps libre pour s'occuper des enfants et le cas échéant consulter au centre de santé (la PCIMA étant réalisée que le matin il leur est souvent difficile d'obtenir de leur employeur l'autorisation de s'absenter du lieu de travail). De même ces mères ont peu accès à l'information, et il apparaît important de cibler ces catégories socio-professionnelles avec des activités de sensibilisation spécifiques.

Les Districts de Kati et Kalabancoro disposent d'une bonne couverture radiophonique (5 radios communautaires à forte écoute couvre une grande partie de la zone) et pourraient être mises à profit pour développer la stratégie de communication.

Le tableau des barrières de la couverture

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

BARRIERES DISTRICT DE KATI	
Accès aux soins	Le recours à la médecine traditionnelle ou l'achat de médicaments retarde l'identification précoce de cas de malnutrition ce qui impacte par conséquent sur la prise en charge et la réponse au traitement • Recours à l'automédication en première intention (tisanes/médicaments) • Recours aux tradi-thérapeutes en deuxième intention La distance couplée au manque de moyens de transport constituent des obstacles à la prise en charge et au suivi des enfants Le dépistage communautaire est insuffisant et ne permet pas d'identifier précocement les cas de malnutrition.



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



	Les taches et travail des mères impactent sur le suivi régulier des enfants
Information/sensibilisation	La méconnaissance de la malnutrition par les communautés (la malnutrition n'est pas considérée comme une maladie) ainsi que la confusion entre les symptômes malnutrition/paludisme expliquent en partie les itinéraires thérapeutiques longs avant l'arrivée au CSCom La méconnaissance du programme de PCIMA par les communautés indique des insuffisances dans la diffusion des messages et le dépistage par les relais particulièrement en zones rurales
Prise en charge	Les ruptures fréquentes de plumpy sup impactent sur le suivi des enfants malnutris et augmentent le taux de rechute ce qui induit la « démotivation » de la communauté En effet, le Plumpy'Sup et le Plumpy'Nut ont la même appellation dans la communauté « Tikadèkèni » (patte d'arachide). Par conséquent, l'annonce d'une rupture de Plumpy'Sup dans la communauté peut être assimilée à une rupture du Plumpy'Nut (motif d'absence de suivi). Le partage du plumpy nut à la maison avec les autres enfants du foyer indiquent une mauvaise application du protocole national et un retard dans la guérison.

En plus de ces principales barrières, d'autres barrières ont été citées comme : le refus de l'enfant de consommer le PPN, la mauvaise organisation communautaire, la charge de travail des relais.

BARRIERES DISTRICT DE KALABANCORO	
Accès aux soins	Le recours à la médecine traditionnelle ou l'achat de médicaments retarde l'identification précoce de cas de malnutrition ce qui impacte par conséquent sur la prise en charge et la réponse au traitement • Recours à l'automédication en première intention (tisanes/médicaments) • Recours aux tradi-thérapeutes en deuxième intention La distance couplée au manque de moyens de transport constituent des obstacles à la prise en charge et le suivi des enfants. Le dépistage communautaire est insuffisant et ne permet pas d'identifier précocement les cas de malnutrition. Les taches et travail des mères impactent sur le suivi régulier des enfants L'absence de dépistage dans les cabinets privés ne permet pas



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



	d'identifier les cas de malnutrition. L'accord du mari est requis pour amener l'enfant au CSCom.
Information/sensibilisation	La méconnaissance de la malnutrition par les communautés (la malnutrition n'est pas considérée comme une maladie) ainsi que la confusion entre les symptômes malnutrition/paludisme expliquent en partie les itinéraires thérapeutiques longs avant l'arrivée au CSCom La méconnaissance du programme de PCIMA par les communautés indique des insuffisances dans la diffusion des messages et le dépistage par les relais.
Prise en charge	Le manque d'information des mères admis dans le programme sur la nécessité du suivi. Le dépistage passif n'est pas réalisé dans tous les CSCom Les ruptures fréquentes de plumpy sup impactent sur le suivi des enfants malnutris et augmentent le taux de rechute ce qui induit la « démotivation » de la communauté En effet, le Plumpy'Sup et le Plumpy'Nut ont la même appellation dans la communauté « Tikadèkèni » (patte d'arachide). Par conséquent, l'annonce d'une rupture de Plumpy'Sup dans la communauté peut être assimilée à une rupture du Plumpy'Nut (motif d'absence de suivi). Le partage du plumpy nut à la maison avec les autres enfants du foyer indiquent une mauvaise application du protocole national et un retard dans la guérison.

En plus de ces principales barrières, d'autres barrières ont été citées comme : l'existence des vendeurs ambulants, la non implication de certains ASACO, le nombre de relais insuffisant et le mauvais accueil dans les centres.



3.2. ETAPE 2 : Confirmation de zones de couverture élevée ou faible (enquête sur petite zone)

3.2.1. METHODOLOGIE

En lien avec la similitude des barrières identifiées pour chaque District et le fait que les deux Districts disposent des mêmes caractéristiques géographiques (mixité avec un important pôle urbain en périphérie de Bamako et une zone rurale plus éloignée de Bamako), les mêmes hypothèses de couverture ont été choisies pour les deux Districts.

L'analyse de la distribution spatiale des admissions et des différents facteurs influençant la couverture suggère une couverture probablement hétérogène.

Trois hypothèses concernant les zones de couverture élevée et les zones de couverture faible sont proposées :

- la couverture est probablement plus élevée dans les zones disposant de relais communautaires actifs
- la couverture est probablement plus élevée dans les zones rurales
- la couverture est probablement plus élevée dans les zones proches des CScCom

Hypothèse	Zone de couverture probablement élevée	Zone de couverture probablement faible
Hypothèse 1 : Dynamisme des relais communautaires	Présence des relais communautaires actifs	Absence de relais communautaires actifs
Hypothèse 2 : Situation géographique	Milieu rural	Milieu urbain
Hypothèse 3 : Distance	Villages/quartiers proches des CScCom	Villages/quartiers éloignés des CScCom

Pour tester ces hypothèses, la recherche des cas de la petite zone a concerné les villages et quartiers correspondants aux critères cités ci-dessus dans 12 aires de santé⁴.

⁴ Aires sanitaires de Mountougoula, N'gouraba, Diago, Torodo, Sananfara, Moribabougou, Adeken, Koulouba, Kanandjigoula, Malibougou, Heremankono, Kalabancoro



Afin d'évaluer l'hypothèse de la distance pour chaque zone enquêtée, deux quartiers ou villages ont été évalués, le premier proche du CSCoM et le second éloigné du CSCoM. La stratégie de recherche active et adaptative a été utilisée en milieu rural et la combinaison de la stratégie de porte à porte et de recherche active a été utilisée en milieu urbain afin de ne pas passer à côté de cas d'enfants cachés ou absents. Les relais ont également été mis à contribution.

La collecte des données a été réalisée à l'aide de téléphones (système Magpi) qui a permis une analyse rapide des données de manière journalière. L'annexe 2 détaille l'utilisation des téléphones portables comme outils de collecte.

3.2.2 RESULTATS DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE L'ENQUETE SUR PETITE ZONE

L'analyse des résultats a été réalisée au moyen de la méthode LQAS simplifiée (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à une valeur seuil définie à 45% (contre le standard de 50% pour un milieu rural et 70% pour un milieu urbain). Le choix de cette valeur seuil est un choix basé sur les résultats de l'analyse des données qualitatives qui a fait ressortir une faiblesse au niveau des activités communautaires et la difficulté de mener correctement la PCIMA dans les zones urbaines.

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

$$d = \lfloor n \times p / 100 \rfloor$$

n : nombre de cas trouvés

p : couverture standard définie pour la zone

Hypothèse 1 : Dynamisme des relais communautaires

- Résultat de la recherche de cas

Hypothèse de couverture supposée élevée	Nombre de cas MAS	3	raison : activités de petit commerce, occupation familiale
	Nombre de cas couvert	1	
	Nombre de cas non couvert	2	
	En voie de guérison	2	
Hypothèse de couverture	Nombre de cas MAS	15	raison: l'enfant n'a jamais



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



supposée faible	Nombre de cas couvert	0	été dépisté
	Nombre de cas non couvert	15	
	En voie de guérison	2	

• Analyse selon la méthodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée	p=45%		Cas MAS couvert (2) > règle de décision (1)
	n=3		Couverture actuelle > 45%
	règle de décision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		d = 3*(45/100)=1.35	
		d=1	
Hypothèse de couverture supposée faible	p=45%		Cas MAS couvert (0) < règle de décision (6)
	n=15		Couverture actuelle < 45%
	règle de décision	d = n x (p/100)	Hypothèse de couverture faible confirmée
		d = 15*(45/100)=6.75	
		d=6	

• Conclusion

Hypothèse confirmée : La couverture est élevée dans les zones où les relais sont actifs et faible dans les zones où les relais sont inactifs.

Hypothèse 2 : Rural vs Urbain

• Résultat de la recherche de cas



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



Hypothèse de couverture supposée élevée	Nombre de cas MAS	2	raison: activités maraîchères
	Nombre de cas couverts	1	
	Nombre de cas non couvert	1	
	En voie de guérison	1	
Hypothèse de couverture supposée faible	Nombre de cas MAS	16	raison: occupation ménagers, pas connaissance de la PCIMA
	Nombre de cas couverts	0	
	Nombre de cas non couvert	16	
	En voie de guérison	9	

• Analyse selon la méthodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée	p=45%		Cas MAS couvert (1) > règle de décision (0)
	n=2		Couverture actuelle > 45%
	règle de décision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = 2 \times (45/100) = 0.9$	
		$d=0$	
Hypothèse de couverture supposée faible	p=45%		Cas MAS couvert (0) < règle de décision (7)
	n=16		Couverture actuelle < 45%
	règle de décision	$d = n \times (p/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$d = 16 \times (45/100) = 7.2$	
		$d=7$	

• Conclusion

Hypothèse confirmée : la couverture est élevée dans les zones rurales et faibles dans les zones urbaines.

Hypothèse 3 : Distance au CScCom

• Résultat de la recherche de cas

Hypothèse de couverture	nombre de cas MAS	1	pas connaissance de la
--------------------------------	-------------------	----------	------------------------



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



supposée élevée	nombre de cas couverts	1	maladie, préoccupations ménagers
	nombre de cas non couvert	0	
	En voie de guérison	3	
Hypothèse de couverture supposée faible	Nombre de cas MAS	17	raison : autres traitements (tradi-thérapeute)
	Nombre de cas couverts	0	
	Nombre de cas non couvert	17	
	En voie de guérison	5	

• Analyse selon la méthodologie LQAS

Hypothèse de couverture supposée élevée	p=45%		Cas MAS couvert (1) > règle de décision (0)
	n=1		Couverture actuelle > 45%
	règle de décision	$d = n * (p/100)$	Hypothèse de couverture élevée confirmée
		$d = 1*(45/100)=0.45$	
		$d=0$	
Hypothèse de couverture supposée faible	p=45%		Cas MAS couvert (0) < règle de décision (0)
	n=17		Couverture actuelle < 45%
	règle de décision	$d = n * (p/100)$	Hypothèse de couverture faible confirmée
		$d = 17*(45/100)=7.65$	
		$d=7$	

• Conclusion

Hypothèse confirmée : la couverture est élevée dans les zones plus proches des CSCom et faible dans les zones éloignés du CSCom.

3.3. ETAPE 3 : Estimation de la couverture

3.3.1. Estimation de la probabilité à priori



A la suite des étapes 1 et 2, les barrières et boosters de la couverture dans les deux Districts (Kati et Kalabancoro) ont été identifiés et pondérés avec l'ensemble des enquêteurs en tenant compte de leur récurrence dans les entretiens de l'étape 1 et des réponses des mères de l'étape 2. Les résultats du BBQ pondérés se retrouvent dans le tableau ci présenté :

Tableau 5 : Pondération des barrières du District de Kati

Barrières	Note
Médecine traditionnelle	5
Distance temps	3.5
Méconnaissance des causes et signes de la malnutrition	4.25
Partage du PPN	3.75
Rupture de PPS	4
Manque d'information du service de santé	3.5
La non-implication des maris/leaders	3.25
Méconnaissance du MUAC, PPN service PECIMA	3.5
Tâches ménagères importantes	3.75
Problèmes de décision	4
Refus du PPN par l'enfant	3.5
Dépistage rare/ou fait en point fixe	2.7
Absence de sensibilisation dans les villages	4
Démotivation des relais	4.7
Absence de chargé nutrition	2.3
Faible implication des autres acteurs	3.8
Refus de référence	3.25
Démotivation des agents de santé	4.3
Charge importante de travail des relais	4.7
Absence de restitution aux leaders	3
TOTAL	74.7

Tableau 6: Pondération des Boosters du District de Kati

BOOSTERS	Note
----------	------



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



Connaissance du PPN	4.75
Appréciation du service	4.5
Sensibilisation dans les villages	4.5
Dépistage fréquent dans les villages	4.5
Formation des agents	4
Supervision des agents par IRC	4
Connaissance des signes de la malnutrition	3.75
Explication du traitement	3.75
Connaissance du programme par la communauté	3.75
Bon accueil	3.75
Information du service PCIMA/relais	3.5
Sensibilisation au CScCom	3.33
Consultation au CScCom en première intention	3.25
Connaissance de la gratuité	3
Tenue des réunions relais	3
Existence des comités communautaires pour le suivi des activités communautaires	2.5
Existence de groupements	2.33
Rencontre entre les chefs de ménage et le chef de village	2.25
TOTAL	64.4

La moyenne des barrières et des boosters a été utilisée pour calculer la probabilité à priori.

$$\text{Prior Kati} = \frac{(\text{barrières Kati} + \text{boosters Kati})}{2}$$

Avec : Barrières = $100 - 74.7 = 25.3 \%$
 Boosters = $0 + 64.41 = 64.4\%$

$$\text{Prior Kati} = \frac{(25.3 + 64.1)}{2}$$

Soit Prior Kati = **44.8%**

Tableau 7 pondération des barrières du District de Kalabancoro



BARRIERES	Note
Méconnaissance de la malnutrition	4.25
Recours tardif aux soins	5
Manque de moyens financiers	5
Insuffisance IEC dans les CSCom	5
Irrégularité de la sensibilisation	5
Faible dépistage par les relais	5
Méconnaissance du programme	4.8
Partage du Plumpy Nut	4.7
Méconnaissance de la gratuité	4.6
Activités PCIMA pas journalière	4.5
Distance	4.3
Faible participation des relais	4.3
Nombre insuffisant de relais	4
Stigmatisation	3.8
Mauvaise accueil dans les CSCom	3.8
Prolifération des cabinets privés	3.3
Charge de travail importante des femmes	3
Non implication de certains ASACO	3
Mauvaise perception du Plumpy Nut	3
Existence des vendeurs ambulants de médicaments	2
TOTAL	82.3

Tableau 8: Pondération des Boosters du District de Kalabancoro

BOOSTERS	Note
Dépistage par les relais	5
Connaissance la PCIMA	5
Beaucoup de bénéficiaires	5
Bonne perception du service	5
Connaissance des signes de la malnutrition	4.9
Bon accueil	4.8
Recours précoce au CSCom (les zones plus urbaines)	4.5
Recherche actif par les relais	4.4
Sensibilisation (relais/animateurs)	4.3
Accès aux centres (pas de mare, ni d'insécurité...)	4.3



Relais formés et recyclés	4
Relais outillés	4
Dépistage systématique au centre	4
Temps d'attente court	3.8
Autre personne qui s'occupe de l'enfant en l'absence de la mère	3.9
Plumpy Nut non partagé	3.7
Pas de stigmatisation	3.5
Information et sensibilisation par les pairs	3.5
Bonne structuration communautaire	3.3
Absence de guérisseurs dans certaines zones (plus urbaines)	1.7
TOTAL	82.4

La moyenne des barrières et des boosters a été utilisée pour calculer la probabilité à priori.

$$\text{Prior Kalabancoro} = \frac{(\text{barrières Kalabancoro} + \text{boosters Kalabancoro})}{2}$$

Avec : Barrières = $100 - 82.3 = 17.7 \%$
Boosters = $0 + 82.4\% = 82.4\%$

$$\text{Prior Kalabancoro} = \frac{(17.7 + 82.4)}{2}$$

Soit Prior Kalabancoro = **50.0%**

En lien avec les similitudes ressorties pour les deux Districts, il a été décidé de prendre la moyenne des Prior comme Prior unique pour les deux zones et pour la suite de l'enquête de combiner les données des deux zones (Kati et Kalabancoro).

$$\text{Le Prior des deux zones sera donc égale à : } \frac{(44.8 \% + 50.0\%)}{2} = \mathbf{47.4\%}$$

Ce qui correspond aux valeurs de $\alpha = 13,4$ et $\beta = 20,1$ selon le guide FANTA.
Les valeurs de α et β ont été introduites dans la calculatrice de Bayes avec une précision de 10%. La taille d'échantillon suggérée était de 54 pour la construction de l'évidence vraisemblable



3.3.2. Evidence vraisemblable

Selon la taille d'échantillon suggérée par la calculatrice de Bayes (54), la population moyenne par village (2,062), la proportion des 6-59mois (19.5%) et la prévalence de la MAS dans la région (= 2.4), l'échantillon minimal de village à enquêter est de : 5 villages

$$N_{\text{village}} = \frac{n}{\text{population moyenne par village} * \text{proportion des enfants 6-59mois} * \text{Prevalence de la MAS}}$$

Avec :

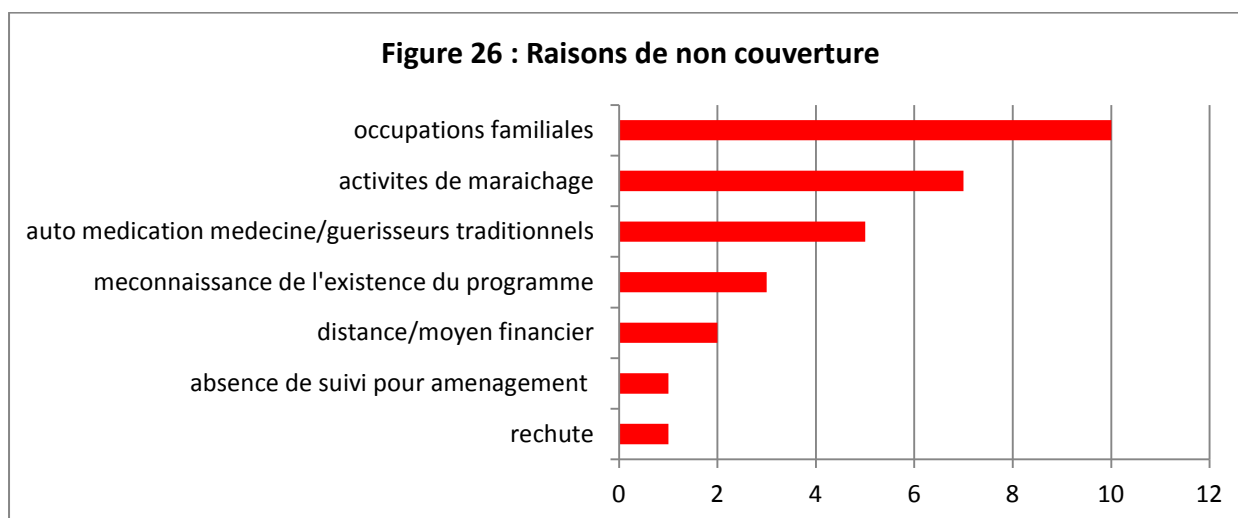
- n = 54,
- Population moyenne des villages = 2062
- Proportion des enfants = 19.5%
- Prévalence MAS 2014 = 2.4 (1.6 - 3.5)

Soit une valeur de N=5 pour avoir les 54 MAS.

Vu la faible prévalence constatée à l'étape 2 et le nombre d'équipes disponibles, ce chiffre a été remonté à 60 villages ou quartiers. Les villages ont été choisis en utilisant la méthodologie de quadra (voir guide FANTA).

Au total 49 MAS ont été trouvés et 20 étaient couverts, 29 non couverts et 33 en voie de guérison.

Les raisons de non couverture des cas MAS sont principalement liées aux occupations des mères que ce soit au sein du foyer ou dans les champs et sont résumées ci-dessous :

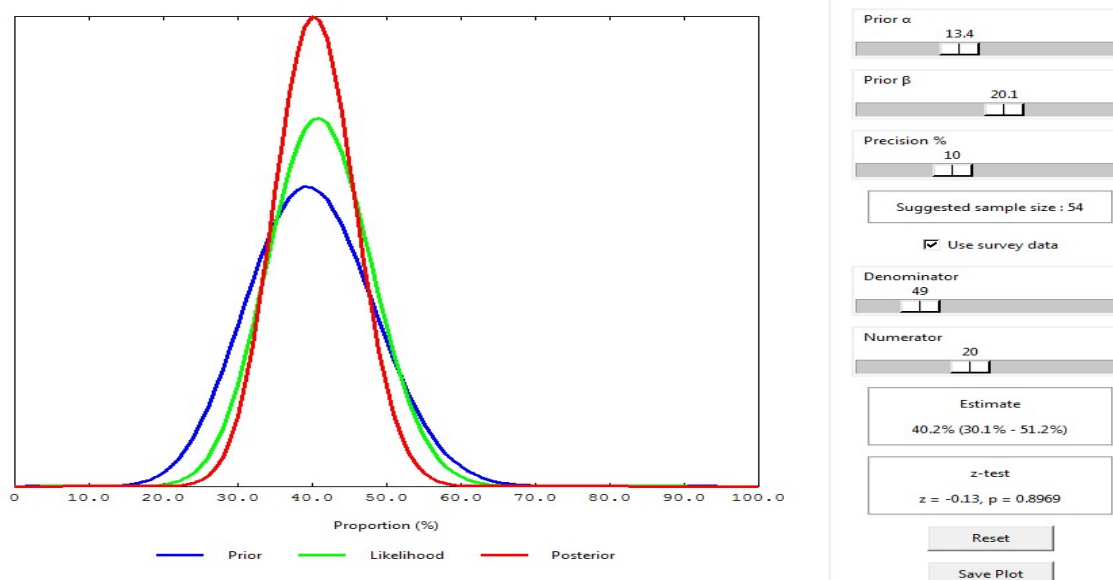




3.3.3. Probabilité a priori : estimation de la couverture

Les données de la Probabilité à Priori et les données de l'enquête (Évidence Vraisemblable) ont été introduites dans la calculatrice de Bayes qui a donné une couverture actuelle estimée à **40.2% [30.2% - 51.2%]** avec IC de 95%.

Figure 27 : La courbe du Prior, de l'évidence vraisemblable et de la probabilité à postérieure



DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

Les différentes barrières identifiées durant l'évaluation ont soulevé majoritairement les faiblesses du volet communautaire du programme et ont permis de mettre en évidence le parcours thérapeutique des enfants malnutris. Les principales barrières sont :

- la faible mobilisation communautaire centrée uniquement sur la participation du relais communautaire pour les activités de sensibilisation et de dépistage des cas de malnutrition qui en cas de non implication du relais limite la diffusion des messages et l'identification des enfants malnutris
- le recours en première intention à d'autres traitements comme l'automédication ou la médecine traditionnelle (plantes ou tradi-thérapeutes)



- la méconnaissance de la malnutrition par les autres acteurs de santé (tradithérapeutes, agents de santé des cabinets privés)
- distance/cout opportunité élevé
- le manque de disponibilité des mères en raison de la multitude de tâches (domestiques, travaux champêtres, commerces ect...)

Réorienter la mobilisation communautaire en multipliant les canaux de diffusion de l'information

Suite aux échanges avec les différents groupes de population, l'organisation communautaire et la transmission de l'information semble être bien établie en milieu rural contrairement au milieu urbain. En milieu rural, la présence de nombreux groupements associatifs couplés à une cohésion sociale très forte représente une base solide pour la diversification des acteurs en charge de la diffusion de l'information relative à la malnutrition. Ainsi, les groupements de femmes, de jeunes, les leaders communautaires, les mères d'enfants dans le programme ou ayant déjà été traités, représentent des acteurs clé à considérer pour renforcer la connaissance des populations sur la problématique de la malnutrition. Différentes actions peuvent être envisagées :

- Présenter les recommandations de l'enquête aux acteurs communautaires.
- Mettre en place un cadre de concertation avec les acteurs communautaires (chef de village, imam, maire, matrone, etc ...).
- Impliquer davantage les leaders communautaires dans les activités de sensibilisation et dépistage avec par exemple réaliser des activités de sensibilisation qui les concernent directement (sans cibler uniquement les mères dont le pouvoir de décision peut être plus restreint), demander au relais de faire viser leur fiche de dépistage par les leaders communautaires pour s'assurer que les autorités sont régulièrement et effectivement informées des activités de dépistage.
- Veiller à cibler l'ensemble de la population pour les activités de sensibilisation notamment les hommes, les grands-mères ou des réseaux pouvant avoir un impact important dans la communauté (associations de femmes, de jeunes, d'artisans,...)
- Impliquer les membres des groupes ANJE dans la sensibilisation.
- Développer des partenariats avec les radios locales à forte écoute pour diffuser des messages de sensibilisation.
- Mettre à profit les canaux de communications existants dans la communauté (crieurs/lieux de culte/radios locales/bouche à oreille entre les mères/les groupements etc....) pour faciliter la diffusion des messages de sensibilisation.



Elargir l'activité de dépistage aux personnes et groupes importants de la communauté en ne se basant pas uniquement sur les relais communautaires (comme les leaders, les belles mères, les grand-mères, les mères et les hommes)

Les différents entretiens ont mis en évidence la faible participation des relais dans les activités de dépistage, certaines mères n'ayant jamais vu de MUAC mais vivant pourtant à coté du relais de leur village. La prise du MUAC par d'autres acteurs de la communauté (les hommes, les leaders communautaires, les autorités, les mères belles/grand-mères) pourrait être envisagée afin de garantir un suivi régulier des enfants. De plus, les mères des enfants malnutris et les femmes de groupements féminins ont été identifiées comme les plus propices pour effectuer cette tâche. Le suivi du référencement pourrait ensuite se faire à l'aide du système coupon mis en place pour les relais.

De plus, les différents acteurs de la santé (tradi-thérapeutes, agents des cabinets privés) ont clairement indiqué ne pas traiter la malnutrition ni même savoir comment dépister la malnutrition. Tous ont fait part de leur intérêt à être formé à la détection de la malnutrition et pourvoir ensuite faciliter le référencement vers les CSCom.

Différentes actions peuvent être envisagées :

- Formation, des autorités, de leaders communautaires, de mères d'enfant malnutris, des grands-mères/belle mères, des hommes, des leaders, des groupements /associations de jeunes, des femmes, et d'hommes à la prise du MUAC et sensibilisation sur la malnutrition.
- Impliquer les membres des groupes ANJE dans le dépistage.
- Formation des tradi-thérapeutes et agents des cabinets privés à la prise du MUAC.
- Suivi des prises de MUAC par les animateurs IRC.

Renforcer les connaissances des autres acteurs de santé (Tradi-thérapeute, agents des cabinets privés, centres secondaires) sur la malnutrition

La plupart des enfants admis dans le programme suivent en général un autre parcours thérapeutique ce qui retarde la prise en charge de la malnutrition. En considérant le fait que ce schéma existe il est essentiel de travailler avec l'ensemble des acteurs impliqués



pour encourager la détection précoce et faciliter le référencement. Différentes actions peuvent être envisagées :

- Elaboration d'un cadre de concertation avec les tradi-thérapeutes et les cabinets privés.
- Former des tradi-thérapeutes, agents de santé des cabinets privés et des centres secondaires sur la PCIMA.
- Mettre à disposition le matériel (MUAC) et coupons pour le référencement dans chaque structure des cas MAS et des cas suspects de MAS vers les CSCom
- Formation/supervision continue lors les activités routinières (sans per diem) des traditherapeutes, agents des cabinets privés et des centres secondaires sur la PCIMA.

Développer des initiatives pour la déconcentration de la prise en charge de la malnutrition

La distance et le manque de moyens de locomotion sont des freins à l'accès aux soins. Des approches afin de faciliter l'accès aux soins dans les zones les plus reculées doivent être envisagées afin de garantir un meilleur accès et suivi de la prise en charge. Différentes actions peuvent être envisagées :

- Depuis fin 2014, des initiatives ont été entreprises dans certains CSCom avec la prise en charge de la malnutrition lors des stratégies avancées de vaccination (dépistage et prise en charge directement sur le site). Cette approche a été initiée dans 4 CSCom pour 1 à 2 villages par CSCom. Pour cela, dans le cadre des actions de stratégie avancée, l'agent vaccinateur accompagné de l'infirmière obstétricienne réalise la vaccination pour les enfants de 0-11mois et l'infirmière obstétricienne réalise le dépistage pour les enfants de 0-59 mois. Ceux identifiés malnutris sont pris en charge directement sur le site et le suivi est réalisé toutes les deux semaines lors des passages des équipes CSCom. Cependant, des irrégularités ont été observées dans le suivi par manque de moyens logistique et implication de la part des DTC. Cette approche pourrait être considérée en clarifiant la stratégie et le suivi régulier toutes les 2 semaines dans les villages ciblés.
- Plaidoyer/concertation avec le District/l'Etat pour l'intégration de la PCIMA dans les maternités rurales disposant de personnel médical (infirmière obstétricienne).



Evaluer les faisabilités de participation communautaire pour le référencement des enfants malnutris des villages vers les CSCom

Lors de l'enquête différentes communautés ont été interrogées sur les solutions à apporter pour minimiser les barrières liées à la distance et couts opportunité. Aucune proposition n'a été clairement identifiée et il apparait important de continuer ce travail et d'évaluer des actions qui pourraient être proposées par d'autres communautés. Ce travail doit être poursuivi en 2015.



PLAN D'ACTION POUR AMELIORER LA COUVERTURE EN 2015

Secteurs	Activités	Responsables	Planning
Mobilisation communautaire	Elaboration de stratégies communautaires en prenant en compte l'aspect rural et urbain	IRC+ District+développement social+représentants de la communauté	Avril-Juillet 2015
Sensibilisation & information	Atelier d'information sur la PCIMA avec l'ensemble des acteurs concernés pour renforcer le partage d'information	IRC+ASACO+District+FELASCOM+CAFO+DRS	Mai 2015
	Identification et sensibilisation des personnes influentes/groupements (hommes et femmes) dans la communauté	IRC+District+leaders communautaires	Pour toute la durée du projet
	Elaboration d'outils pour la diffusion des messages clé sur le programme destinés à différents public	IRC+leaders communautaires	Avril-Juin 2015
	Evaluation des possibilités de diffusion de message au niveau des radios locales	IRC+District+ Mairies	Juin 2015
	Intensifier les sensibilisations lors de tout regroupement de population (jours de marché, réunions communautaires ect...),	IRC+ASACO+ acteurs communautaire (groupe ANJE, relais , groupement, imams ect...)+CSCCom+District	Pour toute la durée du projet
	Mise en place d'un cadre d'échange communautaire (assises communautaires) pour renforcer la communication et l'implication avec la communauté dans la sensibilisation	IRC+leaders communautaires+ASACO+ District	Pour toute la durée du projet



Implication des autres acteurs de la santé (tradithérapeutes, agent de santé des cabinets privés, personnels des centres de santé secondaire)	Identifier les différents acteurs qui pourront être cibles pendant le projet	IRC+ District+FENATH+ leaders communautaires+cliniques privées+ ASACO	Avril-Mai 2015
	Organiser un cadre de discussion regroupant l'ensemble des acteurs de la sante+autorités administratives et coutumières	IRC+District	Mai-Juin 2015
	Former et suivre les autres acteurs de santé (tradithérapeutes, agents des cabinets privés et les personnels des centre de santé secondaires) sur la malnutrition et les doter de MUAC et de coupons pour le dépistage et le référencement	IRC+FENATH+District+Promoteurs cliniques privées	Mai- Juin 2015
Prise en charge des cas de malnutrition	Initier et documenter (projet pilote) la prise en charge de la malnutrition dans certains centres secondaires (maternités rurales)	IRC+District	2015
	Faire le plaidoyer pour la décentralisation de la prise en charge dans les centres secondaires	IRC + District +DN/DNS	2015
Dépistage	Formation sur l'utilisation du MUAC et distribution élargie de MUAC pour les mères d'enfants guéris, leaders, associations des femmes.	IRC+District	2015
	Coupler en systématique le dépistage aux activités de vaccination (stratégie avancée, campagne de vaccination)	IRC+ District + DRS	2015
	Réorganiser les campagnes de dépistage de masse (plus grande participation) pour un meilleur ciblage des enfants en milieu urbain	IRC+District+ASACO	Juin 2015



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



Intrants	Intensifier le suivi des approvisionnements du plumby sup et les besoins pour éviter toute rupture	IRC+District+ASACO	2015
Distance	Mener une étude auprès des leaders communautaires pour connaitre les possibilité de faciliter les référencement des villages vers les CSCom.	IRC+District+ASACO+ leaders communautaires+ Mairies	2015



ANNEXES

Annexe 1 : Liste des participants à l'enquête

	NOMS & PRENOMS	POSTE/ORGANISATION	RESPONSABILITE DURANT L'ENQUETE
1	AZIZ GOZA	CMN	CONSULTANT
2	MAGEN CARINE	CMN	CONSULTANT
3	DIARRA FATOUMATA	POINT FOCAL NUTRITION KATI	APPUI
4	THERA COUMBA	CHARGE SIS KALABANCORO	APPUI
5	KABA MOHAMED	MEDECIN CSREF KALABANCORO	APPUI
6	TRAORE ADAMA FAMOLO	SUPERVISEUR MEDICUS MUNDI ANDALUCIA	APPUI
7	MOUGNON EMMANUEL	ANIMATEUR MEDICUS MUNDI ANDALUCIA	APPUI
8	HALIDOU ABOUBACAR	SUPERVISEUR IMC	APPUI
9	TRAORE ISSIAKA	DATA MANAGER SANTE/NUT IRC	SUPERVISEUR
10	GOITA OUSMANE	DEPUTY COORDINATOR SANTE/NUT IRC	SUPERVISEUR
11	BIOTTEAU MARIE	COORDINATRICE SANTE/NUT IRC	SUPERVISEUR
12	KONE AMINATA	PROGRAMME MANAGER IRC	ENQUETEUR
13	EL MOCTAR MOHAMED	PROGRAMME MANAGER IRC	ENQUETEUR
14	TRAORE MOUSSA HAMIDOU	PROGRAMME MANAGER IRC	ENQUETEUR
15	KEITA CHEICK OUMAR	MEDECIN SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
16	KANTE MAHAMADOU	MEDECIN SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
17	BALLO SIAKA	MEDECIN SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
18	BOUARE YAYA	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
19	TRAORE ADAMA	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
20	SANGARE NANA KADIDIA	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
21	KEITA ASSA DITE BADIALLO	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
22	DIALLO SALAMA	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
23	TRAORE DAOUDA	INFIRMIER SUPERVISEUR IRC	ENQUETEUR
24	MORIBA SAMAKE	OFFICER COMMUNAUTAIRE IRC	ENQUETEUR
25	SIBY IBRAHIMA	OFFICER COMMUNAUTAIRE IRC	ENQUETEUR
26	SAGARA JOEL	ANIMATEUR COMMUNAUTAIRE IRC	ENQUETEUR
27	KONE LASSINA		ENQUETEUR
28	KONE YACOUBA		ENQUETEUR
29	KONE ZOUBAHIR		ENQUETEUR
30	DRAME FADIMATA		ENQUETEUR
31	COULIBALY BAREMA		ENQUETEUR
32	SOUMANO DJENEBA NANI		ENQUETEUR
33	ALHAMZIETOU KALILOU		ENQUETEUR
34	BOUARE OUSMANE		ENQUETEUR



Annexe 2 : Collectes de données via les téléphones (système MAGPI)

Le système MAGPI est un système de transmission des données en utilisant des téléphones smart et le logiciel MAGPI. Depuis un certains temps IRC utilise ce système de transmission des données pour faciliter la remontée des données. Son usage facile permet de raccourcir le temps habituellement nécessaire pour collecter et envoyer les données comparativement au mode classique (format papier).

De plus, le logiciel permet de prendre le GPS chaque fois qu'on le désire et pouvoir faire un mapping des activités menées.

Lors de cette enquête IRC a utilise ce système de collecte des données afin de :

- Réduire le temps de prise de note sur le terrain (outils facile d'usage)
- Eviter toute perte de données (tout est sauvegardé dans le téléphone)
- Annuler la phase de saisie des données (les données étant extraite tous les soirs dans un format Excel) = gain de temps
- Garantir davantage la fiabilité des données (pas d'erreur de recopiage)
- Garanti la présence des enquêteur sur le site (prise des données GPS)



COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE



Annexe 3 : Photos de la sélection des village avec le système des quadra

