



ETUDE DE LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE

NOM DU PROGRAMME: « Appui au Passage à l'Echelle de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) dans la Région des Cascades - Districts sanitaires de Banfora, Mangodara et de Sindou » cofinancé par l'UNICEF

ZONE: DS Sindou, Province de la Léraba, Région des Cascades, Burkina Faso

DATE: 2 - 8 Février 2015

AUTEUR(S): Lenka Blanárová, Coverage Monitoring Network

TYPE DU PROGRAMME: Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère

ORGANISATION DE MISE EN OEUVRE: ProgettoMondo MLAL





TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS	3
RESUME	4
INTRODUCTION	6
A. OBJECTIF	6
B. METHODOLOGIE	6
▪ EQUIPE ET OUTILS D'INVESTIGATION	6
▪ ECHANTILLONAGE	6
▪ DEFIS ET LIMITATIONS	7
RESULTATS ET ANALYSES	8
A. PROFIL DEMOGRAPHIQUE	10
B. PROFIL SOCIOCULTUREL	12
C. ORGANISATION SOCIALE & ACTEURS COMMUNAUTAIRES CLES	17
D. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS	19
E. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION	20
F. PERCEPTIONS DU PROGRAMME PCIMA	27
G. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	29
PLAN D'ACTION	32
 ANNEXE1: EQUIPE D'INVESTIGATION	 41
ANNEXE 2: CHRONOGRAMME D'ACTIVITES	42
ANNEXE 3: MATRICE D'ECHANTILLONAGE	43
ANNEXE 4: SOMMAIRE DES INFORMATEURS CLES	44
ANNEXE 5: GUIDES D'ENTRETIEN	45



REMERCIEMENTS

Coverage Monitoring Network (CMN) et *ProgettoMondo MLAL* adressent leurs remerciements à toute l'équipe d'investigation pour leur enthousiasme et leur dévouement pendant la réalisation de cette étude ainsi qu'à tous les représentants communautaires qui ont enrichi nos découvertes grâce à leurs connaissances et observations du milieu.

Merci à **Marianna Mormile**, Représentante nationale de ProgettoMondo MLAL, **Dr. Tounaba Belem**, Coordinateur Medico-Nutritionnel de ProgettoMondo MLAL et à toute leur équipe pour avoir assuré la réalisation et le suivi des activités sur le terrain ainsi que pour leurs réflexions et interprétations des données.

Un remerciement special est dédié au personnel de la Direction Régionale de la santé des Cascades et aux équipes cadres des districts de Banfora, Mangodara et de Sindou pour leur soutien et la participation active dans les activités.

ABREVIATIONS

ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Alimentation Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CEN	Cellule d'Education Nutritionnelle
COGES	Comité de Gestion de l'Aire de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation Préscolaire
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre Brachial
PCA	Prise en Charge Ambulatoire
PCI	Prise en Charge Interne
SQUEAC	Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
VAD	Visite à Domicile



RESUME

Situé en zone rurale, à l'extrême sud-ouest du Burkina Faso, dans la région des Cascades, le district sanitaire de Sindou épouse les limites territoriales de la province de la Léraba. Le chef-lieu de la province et du district, Sindou, est à 50 km du chef-lieu de la région, Banfora, et à 500 km de la capitale du Burkina Faso, Ouagadougou. Le district est frontalier à l'ouest avec la république du Mali et au sud avec la république de Côte-d'Ivoire.

La population totale du district est estimée, en 2015, à 161 487 habitants répartis dans 8 communes subdivisées en 84 villages/secteurs administratifs officiels sur une superficie de 3022 Km². Le type d'habitat rencontré est très dispersé. En effet, en plus des 84 villages officiels on y répertorie 247 hameaux de culture (habitats temporairement occupés pendant la saison pluvieuse de mai à octobre).

Le district présente un fort potentiel agro-pastoral. L'agriculture et l'élevage constituent ainsi les principales activités et sources de revenus des populations. De nombreux sites d'exploitation artisanale de l'or existent également dans le district (Zégnédougou, Niankorodougou, Fourkoura, Kafina et Kawolo) et une mine d'exploitation de type industrielle est en cours d'installation dans la commune de Niankorodougou. Tout ceci en fait une zone de forte migration aussi bien interne, à partir des autres régions du pays, qu'externe vers la Côte-d'Ivoire et le Mali.

Sur le plan sanitaire le district compte 28 centres de santé de premier échelon (CSPS) et un centre de référence qui est le CMA (Centre Médical avec Antenne Chirurgicale) de Sindou. Autour de chacun des 28 CSPS se constituent des aires de santé couvrant un certain nombre de villages et de hameaux de culture. Chaque CSPS compte un personnel minimum composé d'un Infirmier, d'un Agent Itinérant de santé et d'une Accoucheuse auxiliaire.

Depuis juillet 2011, ProgettoMondo MLAL en partenariat avec l'UNICEF met en œuvre des interventions de lutte contre la malnutrition aiguë articulées autour de l'organisation du dépistage communautaire, la prise en charge et le suivi des cas de MA dépistés au niveau communautaire, l'accompagnement du personnel des CSPS pour renforcer la qualité de la prise en charge des cas, le renforcement du dialogue avec les acteurs communautaires et leur supervision et des activités d'IEC/CCC sur les pratiques familiales essentielles. Le personnel de santé des CSPS, pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire dans les différents villages et hameaux, travaille ainsi en relation avec un réseau d'ASBC, de membres de 50 cellules d'éducation nutritionnelle mises en place par l'ONG et des animateurs appartenant à des associations de développement.

Le processus de passage à l'échelle des interventions de la PCIMAS, mis en œuvre au niveau national, a pris en compte spécifiquement le DS de Sindou en 2013 avec l'application de nouveaux critères de diagnostic de la MAS au niveau communautaire (PBMH <115 mm). Depuis 2014 ProgettoMondo MLAL a entrepris de renforcer le dispositif de prévention, de dépistage et de prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire ainsi que les capacités des acteurs du système de santé au niveau district dans le suivi évaluation de la PCIMAS. L'étude de la dynamique communautaire en permettant d'en connaître ses aspects positifs et négatifs sur la PCIMAS est essentielle pour contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre de celle-ci.



RESULTATS PRINCIPAUX

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le DS de Sindou.

Barrières (facteurs négatifs)	Boosters (facteurs positifs)
<i>Rupture de stock</i>	<i>Appréciation du service PCIMA</i>
<i>Insuffisances dans la qualité du service PCIMA</i>	<i>Efficacité du traitement (PlumpyNut®)</i>
<i>Insuffisances dans le fonctionnement de la PEC MAM</i>	<i>Bon fonctionnement du programme PCIMA</i>
<i>Méconnaissance de la malnutrition</i>	<i>Gratuité des soins</i>
<i>Méconnaissance du programme</i>	<i>Bonne collaboration entre les partenaires</i>
<i>Croyances culturelles</i>	<i>Réalisation du dépistage</i>
<i>Recours aux soins traditionnels</i>	<i>Réalisation des activités de sensibilisation communautaire</i>
<i>Insuffisances dans la sensibilisation communautaire</i>	<i>Engagement des acteurs communautaires</i>
<i>Insuffisances du réseau des ASBC</i>	<i>Adhésion au traitement</i>
<i>Occupation des accompagnants</i>	<i>Référencement par A^{MAS}</i>
<i>Barrières géographiques</i>	
<i>Stigmatisation</i>	
<i>Non-implication des pères</i>	

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Renforcer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère.

Recommandation 2

Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère.

Recommandation 3

Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène.

Recommandation 4

Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires.

Recommandation 5

Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.).



INTRODUCTION

A. OBJECTIFS

▪ OBJECTIF PRINCIPAL

Comprendre la dynamique communautaire, ses aspects positifs aussi bien que négatifs ayant une influence ou un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) dans DS Sindou, afin de développer des recommandations adaptées au contexte et améliorer la qualité du programme.

▪ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a. Définir un profil démographique des communautés du DS Sindou;
- b. Définir un profil socioculturel incluant les normes, traditions, croyances, attitudes, perceptions et tabous liés directement ou indirectement à la malnutrition (marasme & kwashiorkor);
- c. Identifier les acteurs communautaires clés et leurs relations au sein des systèmes socio-politiques, spirituels, économiques et sanitaires;
- d. Identifier les canaux de communication formels et informels;
- e. Evaluer la compréhension locale de la malnutrition (marasme & kwashiorkor), ses causes, symptômes, effets et itinéraires thérapeutiques;
- f. Identifier les perceptions locales du programme PCIMA;
- g. Identifier les barrières et boosters à l'accès et à l'appropriation du programme PCIMA;
- h. Identifier et évaluer les stratégies de la mobilisation communautaire mises en œuvre dans le DS Sindou.

B. METHODOLOGIE

▪ EQUIPE ET OUTILS D'INVESTIGATION

L'équipe d'investigation s'est composée de 16 personnes, dont 6 femmes, comprenant des représentants de la DRS des Cascades et des DS Sindou, Mangodara et Banfora, le personnel de ProgettoMondo MLAL ainsi que les enquêteurs recrutés localement (cf. Annexe 1).

La collecte des données qualitatives a été orientée par les guides d'entretien (cf. Annexe 5) développés préalablement pour chaque groupe d'informateurs clés (cf. Annexe 4). Ils visaient à mieux orienter les discussions et assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies. Ces données ont ensuite été analysées par l'ensemble de l'équipe de l'investigation, répertoriées et mises en contexte.

▪ ECHANTILLONAGE

La collecte des données qualitatives a été organisée selon la « matrice d'échantillonnage qualitative » (cf. Annexe 3), développée en collaboration avec les membres clés de l'équipe de l'investigation. Afin d'assurer la représentativité des toutes les aires de santé (AdS) ainsi que la participation équitable de tous les informateurs clés, un outil unique a été développé permettant de prendre en compte tous les facteurs, de les visualiser et de les transcrire sur la grille de planification. Sur le plan journalier, chaque équipe, composée de deux enquêteurs, a réalisé en moyenne deux entretiens semi-directifs et/ou discussions en groupe, arrivant à un total de 63 entretiens avec 112 personnes interrogées sur l'ensemble du district sanitaire Sindou. L'utilisation de la matrice d'échantillonnage qualitative a permis d'achever l'exhaustivité des données aussi que leur triangulation par méthode, source et ethnie.



- DEFIS ET LIMITATIONS

La collecte des données qualitatives a été faiblement perturbée par des contraintes logistiques qui n'ont pas permis le déplacement de l'équipe d'investigation dans les zones au delà de 5km de CSPS. Ceci a naturellement exclu des échanges avec les habitants des villages isolés et/ou des hameaux de culture qui pourraient compléter et enrichir notre appréciation du milieu.



RESULTATS ET ANALYSES

A. PROFIL DEMOGRAPHIQUE

Composition ethnique et linguistique

Ethnie	Abbr.	Langues parlées
Blé	BL	<i>blé</i>
Bwaba	BW	<i>bwamu</i>
Dagara	DA	<i>dagara</i>
Dioula	DO	<i>dioula</i>
Gourmantché	GO	<i>gourmantchéma</i>
Komono	KO	<i>komono</i>
Mossi	MO	<i>mooré</i>
Peulh	PE	<i>fulfuldé</i>
Samogo	SA	<i>samogo</i>
Senoufo	SE	<i>senoufo</i>
Siamou	SI	<i>siamou</i>
Toussian	TO	<i>toussian</i>
Turka	TU	<i>turka</i>
Wara	WA	<i>wara</i>

Les populations du DS Sindou parlent une grande variété des langues/dialectes avec le dioula en tête en tant que langue la plus parlée, suivie par le sénoufo et le turka. Cette variété linguistique peut avoir un impact négatif sur la communication entre les patients et le personnel CSPS qui ne maîtrise pas suffisamment les langues parlées dans la zone. En conséquence, les populations peuvent ressentir une réticence à se déplacer au CSPS si elles doutent de leurs capacités à communiquer avec le personnel soignant dans une langue autre que la langue du milieu.

Affiliation religieuse

Islam, Christianisme, Animisme

L'impact de l'affiliation religieuse sur le comportement des fidèles en lien avec la malnutrition et/ou son itinéraire thérapeutique n'a pas été confirmé. Aucune personne interrogée n'a évoqué les approches diverses en fonction de la religion pratiquée.

Statut socioéconomique

Le niveau d'**instruction** de la population est généralement très bas avec un pourcentage d'analphabètes



légèrement plus élevé chez les filles/femmes par rapport aux hommes. La scolarisation des enfants demeure un défi dans le milieu purement rural ou certains parents préfèrent envoyer leur progéniture aux travaux champêtres ou pâturages pour la garde du bétail. Par conséquent, les principales sources de **revenu** de la population sont l'agriculture, l'élevage, le petit commerce et/ou l'orpaillage*. Ainsi, les différences socioéconomiques ne sont pas importantes mais certaines inégalités peuvent se produire selon les lignes d'appartenance ethnique.

« Au regard de ses potentialités agricoles, touristiques et minières, la région des Cascades est considérée comme l'une des plus riches du pays. La région dégage régulièrement des excédents céréaliers d'où son qualificatif de « grenier du Burkina Faso ».

(Rapport de l'Enquête CAP, ProgettoMondo MLAL, 2013)

* Dans les communes de Loumana et Niankorodougou.



B. PROFIL SOCIOCULTUREL

Mariage et relations intergénérationnelles

Le **pouvoir décisionnel** au sein de la famille repose sur les hommes en tant que chefs de ménage. En cas d'absence de son mari, la femme peut prendre la décision seulement si aucun membre de la famille du mari n'est présent.

« C'est l'homme qui décide car il est plus responsable que la femme. La création même a fait cela! »

(Imam, AdS Baguera)

« C'est le vieux de la famille qui décide toujours. Les autres exécutent ses décisions. »

(Enseignant, AdS Negueni)

« Toutes les décisions, même si erronées, sont prises par le père de la famille. Si la femme s'entête, c'est un signe de haut non-respect pour le mari. »

(Comité Villageois du Développement, AdS Oueleni)

Seulement un interlocuteur a émis un avis que *« les femmes sont de plus en plus impliquées dans la prise des décisions et ça change la famille. »*

(Pasteur, AdS Konadougou)

A cet égard il est important d'ajouter que les membres d'une ethnie Turka adhèrent au matriarcat qui habilite les femmes à prendre les décisions au nom de leurs familles. Comparativement aux autres groupes ethniques du district sanitaire, les femmes Turka ont des charges égales avec les hommes dans les travaux champêtres.

« La femme est plus écoutée. L'homme doit consulter sa femme pour prendre la décision; sinon il sera interpellé par les frères de la femme. »

(Enseignant, AdS Wolonkoto)

En ce qui concerne **la charge de travail**, la coutume du terroir dicte la répartition des responsabilités conjugales ainsi: l'homme subvient aux besoins familiaux financiers pour couvrir les dépenses pour la nourriture, les vêtements ou les frais de santé pendant que la femme effectue les multiples travaux ménagers, prépare les repas familiaux, s'occupe des enfants, cherche du bois/puise de l'eau et fait le petit commerce pendant les jours de marché (chaque 5 ou 6 jours). L'homme soulage la femme seulement en cas de maladie.

« L'homme prend en charge tous les besoins de famille et la femme l'appuie par les travaux ménagers. »

(Pasteur, AdS Konadougou)

« Pendant l'hivernage, nous avons des responsabilités supplémentaires sur le champ. Nous semons, sarclons, transportons des céréales. Les hommes nous aident à récolter et battre les céréales. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

Le tournant intéressant vient dans une forme de l'aide financière au mari au cas où il ne dispose pas des moyens de couvrir les dépenses familiales. Il serait pertinent d'étudier si cette concession est compensée par l'octroi du plus grand pouvoir décisionnel à la femme.

« C'est la nouveauté que la femme aide son mari avec l'argent. Surtout maintenant quand il y a des achats des médicaments plus fréquents qu'avant. »

(Organisation à base communautaire, AdS Bougoula)

« Parfois quand l'homme n'a pas l'argent pour les soins, les femmes viennent à leur secours en leur prêtant



la somme. »

(Imam, AdS Baguera)

Le même informateur clé a noté encore un autre changement dans les relations conjugales, « *Les gens se tolèrent plus qu'avant. Les hommes ne frappent pas les femmes autant!* »

La **garde d'enfants** est assurée quasi exclusivement par les femmes. Selon les témoignages des personnes interrogées, les hommes sont quelque peu impliqués mais souvent absents de la maison.

« *Si l'enfant est malade, il faut informer le père parce que c'est lui qui décide pour envoyer l'enfant aux soins.* »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)

Le transfert des connaissances sur les bonnes pratiques des soins des enfants se passe entre les filles et leurs mères plutôt que les garçons et leurs pères. Ceci indique un certain désengagement des hommes dans les affaires de la garde d'enfants.

« *Il n'y a pas des discussions ouvertes avec les jeunes sur les soins aux bébés mais les mères peuvent en parler aux jeunes filles. Nous pensons que l'implication des hommes est importante pourtant ce n'est pas notre habitude d'en parler.* »

(Imam, AdS Zegnedougou)

Les **relations intergénérationnelles** se basent sur le respect inconditionné vers les aînés, même si ceux-ci remarquent une évolution des relations au cours des dernières années.

« *Les reproches des jeunes sont fréquents mais jamais ils sont communiqués de façon ouverte. Avec l'alphabétisation les jeunes arrivent à faire raisonner leurs parents sans trop de bruit.* »

(Pasteur, AdS Konadougou)

« *Même si les jeunes ont des reproches, ils les transforment en sollicitations mais jamais des reproches ouvertes. Pourtant ce n'est pas le cas des enfants « monolits[†] »* »

(Imam, AdS Zegnedougou)

« *L'aîné n'est plus respecté comme avant.* »

(Comité Villageois du Développement, AdS Oueleni)

« *Il y a des divisions dans les familles et les jeunes se séparent de leurs parents très vite pour faire ce qu'ils veulent. Ce sont des richesses du monde qui causent des problèmes intergénérationnels. Si l'enfant est plus riche que son père, il y a peu de considération.* »

(Imam, AdS Baguera)

Planification familiale

Les **rapports sexuels** entre les femmes et les hommes sont réguliers et continuent jusqu'au 6^{ème} – 7^{ème} mois de la grossesse, motivé par la crainte d'adultère et/ou la violence physique si les désirs du mari ne sont pas satisfaits.

« *Il y a un contact sexuel pendant la grossesse parce que la femme pense que tu l'abandonneras au profit des autres.* »

(Jeunes hommes, AdS Kawolo)

« *Il y a des relations sexuelles pendant la grossesse. Sinon, tu risques de te faire frapper.* »

(Femmes, AdS Oueleni)

[†] Signifie "mal-éduqué" en langue senoufo.



Après l'accouchement, les rapports sexuels reprennent après 40 jours, la durée citée unanimement par toutes les personnes interrogées. Seules les jeunes femmes d'AdS Kangoura ont exprimé que les relations sexuelles ne devraient être reprises qu'après 15 – 24 mois pour éviter la « *chaleur de la grossesse* », c'est-à-dire la nouvelle grossesse qui pourrait rendre l'enfant né malade.

Les **moyens de contraception** facilitant l'espacement des naissances sont bien connus et majoritairement utilisés. Entre autres, les personnes interrogées ont cité des produits traditionnels, pilules, implants, injectables ou condoms.

« Nous utilisons les moyens de contraception pour se reposer et avoir la force pour concevoir à nouveau. Ça nous permet de planifier. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Les femmes, surtout les jeunes femmes, utilisent les moyens de contraception pour espacer les naissances. »

(Patriarches, AdS Konadougou)

Pourtant quelques voix se sont levées contre les moyens de contraception et leurs effets secondaires qui n'étaient pas détaillés davantage.

« On n'utilise pas les moyens de contraception à cause des effets secondaires. »

(Hommes, AdS Negueni)

« Nous n'utilisons pas les moyens de contraception parce qu'on dit que ça donne la douleur au bas ventre. Sinon, c'est bon parce que la femme peut espacer les naissances. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

Vu la sensibilisation de la population sur cette question et sa reconnaissance des bienfaits de l'espacement des naissances, les personnes interrogées ont nié le souhait de tomber enceinte bientôt après l'accouchement.

« Nous ne souhaitons pas tomber enceintes après l'accouchement parce qu'on n'a pas la force et cela pourrait beaucoup jouer sur notre santé. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Nous ne souhaitons pas tomber enceintes après l'accouchement. C'est pénible d'être enceinte quand l'autre enfant est toujours petit. On devient malade et ça fait souffrir le premier enfant aussi. »

(Femmes, AdS Oueleni)

Les hommes partagent l'opinion, même si leur raisonnement est motivé par des complications financières et/ou la crainte de la réputation compromise.

« La nouvelle grossesse pourrait provoquer beaucoup de problèmes et l'homme ne pourrait pas s'en sortir. Il va sûrement avoir la honte et l'enfant souffrira. »

(Patriarches, AdS Konadougou)

Seuls les jeunes hommes d'AdS Kawolo ont répondu d'un ton sec que « *les femmes peuvent tomber enceintes encore. Ça ne fait rien.* »

Pratiques alimentaires

Principaux aliments



sorgho, maïs, riz, igname, fonio, bolo, petit mil, patates, pommes de terre, haricots, viande de bœuf/poulet/chèvre, arachide, sésame

Selon les déclarations de la majorité des personnes interrogées, les ménages mangent trois à quatre repas par jour. Les repas sont répartis entre les membres de la famille de façon et de quantité variée mais la ségrégation par genre est strictement observée.

« Les mamans mangent à part, spécialement avec les enfants de moins 5 ans, les papas avec leurs fils. Nous nous sommes trouvés de cette manière et nous la suivons. »

(Hommes, AdS Negueni)

« Les femmes mangent en groupe, les hommes ensemble et les enfants à part. Ça améliore la cohésion dans la famille. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

Tabous alimentaires

Une bonne partie des personnes interrogées a admis l'existence de tabous alimentaires applicables aux membres de leurs familles en fonction de leur appartenance ethnique. Ainsi, pendant que certaines restrictions doivent être observées par les uns, les autres peuvent les négliger.

« Le singe n'est pas consommé par les familles Coulibaly car un vieux a été rendu aveugle par la vapeur de la cuisson de la viande de singe. L'oiseau pic bœuf n'est pas consommé par toute la communauté sans raison. Seuls les vieux le savent. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

« On ne mange pas la viande de cochon et de chien parce qu'ils ont des totems. »»

(Guérisseur traditionnel, AdS Tourny)

« On ne mange pas des bananes ou poissons silures, la viande de chien ou d'âne. Si on les mange, on tombe malade. »

(Grand-mères, AdS Nerfindougou)

« On ne mange pas le poison silure, les oignons, les feuilles de baobab. Certaines personnes ne mangent pas la sauce de sésame. »

(Femmes, AdS Oueleni)

« Nos interdits incluent les chenilles et les animaux de la brousse. »

(Femmes Peulhs)

« Chez nous rien n'est interdit sauf dans les cas de maladie grave. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Niansogoni)

Pratiques alimentaires des femmes enceintes/allaitantes

Les interdits applicables aux femmes enceintes/allaitantes retracent la coutume observée par les autres membres de la famille, quelque soit leur sexe ou état. D'autres restrictions s'ajoutent, motivées par un fort désir d'assurer le bon développement de l'enfant.

« Les femmes enceintes ne peuvent pas manger du miel parce qu'il provoque l'avortement. »

(Hommes, AdS Negueni)



« Les femmes enceintes et allaitantes ne peuvent pas manger le fruit d'anacarde[‡]. Quand on le mange et le bébé tète, il fait la diarrhée. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

« On ne peut pas manger des aliments aigres, tous les fruits aigres et aussi les pois sucrés. Une femme allaitante avec un bébé de moins de 2 mois ne doit pas manger les mangues et le lait. »

(Femmes, AdS Oueleni)

« Les femmes enceintes ne peuvent pas manger le rat voleur, les œufs et le varan pour que l'enfant ne devienne pas le voleur. C'est le tabou selon ce que disent les anciens. »

(Patriarches, AdS Konadougou)

« Le varan n'est pas consommé par une femme enceinte, si elle en consomme, l'enfant naît maigre, avec des ongles longs, et devient chétif une semaine après la naissance. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Suite à la forte sensibilisation sur le sujet, les mamans semblent accompagner l'allaitement maternel avec des aliments et/ou boissons à partir de 6^{ème} ou 8^{ème} mois.

« Quand le bébé est malade, on lui donne des soins traditionnels, le nassi[§], sinon c'est à partir de 6^{ème} ou 8^{ème} mois qu'on commence à donner la nourriture de base. »

(Marabout, AdS Fourkoura)

« L'enfant ne prend pas un autre type d'alimentation ou boisson jusqu'à 6 mois pour assurer qu'il soit en bonne santé. »

(Femmes, AdS Oueleni)

Par contre, quelques personnes interrogées ont mentionné l'ajout alimentaire même avant le 6^{ème} mois.

« La bouillie, l'eau et la décoction est donné à partir de 4^{ème} mois pour favoriser la croissance de l'enfant. »

(Patriarches, AdS Konadougou)

Les tabous alimentaires réservés aux enfants incluent des œufs « pour que les enfants ne deviennent pas des voleurs. » Parfois, pour les raisons pratiques ou financières, les enfants de 1 – 10 ans peuvent être privés des œufs, la volaille ou la viande « pour ne pas devenir des pique-assiettes. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

Grossesse & accouchement

Pendant la grossesse les femmes fréquentent les CSPS où elles reçoivent des soins prénataux. Le plus souvent, elles consultent le personnel soignant pour les malaises diverses, le paludisme, les migraines ou les vertiges. Les pères paient les frais, prennent en charge des ordonnances, mais leur implication semble s'y arrêter.

« Pendant la grossesse les femmes doivent bien manger alors que le mari ne donne rien. Une des difficultés est que la femme enceinte travaille beaucoup. Les hommes accompagnent les femmes à l'hôpital et paient les frais des médicaments mais leur rôle n'est pas suffisant. Ils devraient décharger les femmes de leurs travaux et leur acheter des aliments riches pour qu'elles aient la force. »

(Femmes, AdS Oueleni)

[‡] Pomme d'acajou.

[§] Potion préparé par un marabout en lavant une ardoise en bois ou en fer sur laquelle des incantations ont été inscrites.



« Les pères devraient aider les femmes avec les travaux durs en les dispensant et variant leur nourriture pour la bonne formation de l'enfant, sinon l'enfant peut naître avec un retard pondéral et intellectuel. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

« Notre rôle pendant la grossesse n'est pas suffisant. Nous devons décharger la femme de ses travaux champêtres mais nous ne le faisons pas. »

(Jeunes hommes, AdS Kawolo)

Vu les risques élevés, les accouchements à la maison sont interdits. Ainsi, les femmes accouchent à la maternité où elles reçoivent des soins post-partum pratiquement sans frais si elles accouchent sans complications.

Allaitement maternel & sevrage

Généralement, les femmes allaitent leurs enfants à la demande jusqu'à moins 24 mois – sauf dans les cas de la nouvelle grossesse où l'opinion des personnes interrogées est divisée. Une majorité légère s'est exprimée contre la continuation de l'allaitement dû à la perception de l'impact néfaste sur la santé de l'enfant.

« Nous allaitons pendant 2 ans en général et plusieurs fois par jour. Certaines femmes arrêtent immédiatement dès qu'elles tombent enceintes. Le lait devient chaud et si l'enfant le tète, il fait la diarrhée en continue. »

(Femmes, AdS Oueleni)

« Il y a des mamans qui allaitent pendant la grossesse mais le plus souvent elles sevreront précocement parce que la chaleur de la grossesse agit négativement sur l'enfant allaité. »

(Hommes, AdS Negueni)

« Il y a des femmes qui n'allaitent pas pendant la grossesse. Elles disent que si l'enfant tète pendant que maman est enceinte, il va tomber malade, faire la diarrhée. Celles qui continuent à donner du lait maternel savent que ça ne fait rien. Les enfants souffrent beaucoup plus s'ils sont sevrés précocement. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Les femmes ne devraient pas allaiter pendant la grossesse. Le lait est sale. »

(Patriarches, AdS Konadougou)

« Ce n'est pas notre coutume d'allaiter pendant la grossesse parce que le lait est mélangé avec du sang. Si l'enfant est allaité, il meurt. Il faut le sevrer et lui donner la bouillie à base de mil. »

(Jeunes hommes, Kawolo)

« Il est possible d'allaiter pendant la grossesse. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

« Je donne des médicaments, feuilles d'une liane, aux femmes enceintes afin qu'elles puissent continuer à allaiter leurs enfants. Je leur conseille de ne pas arrêter d'allaiter car le lait maternel est irremplaçable et bénéfique pour l'enfant selon la formation reçue de la part des agents de santé. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

Le **premier lait** ou *colostrum* est souvent donné vu ses propriétés nourrissantes.

« Le premier lait est donné parce que c'est très nourrissant. Il aide évacuer des selles noirâtres. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Le colostrum est donné parce que les agents de santé disent qu'il lutte contre les maladies. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)



« *C'est dans notre coutume de donner le premier lait. Le bébé doit téter rapidement pour faire venir le lait.* »

(Femmes, AdS Oueleni)

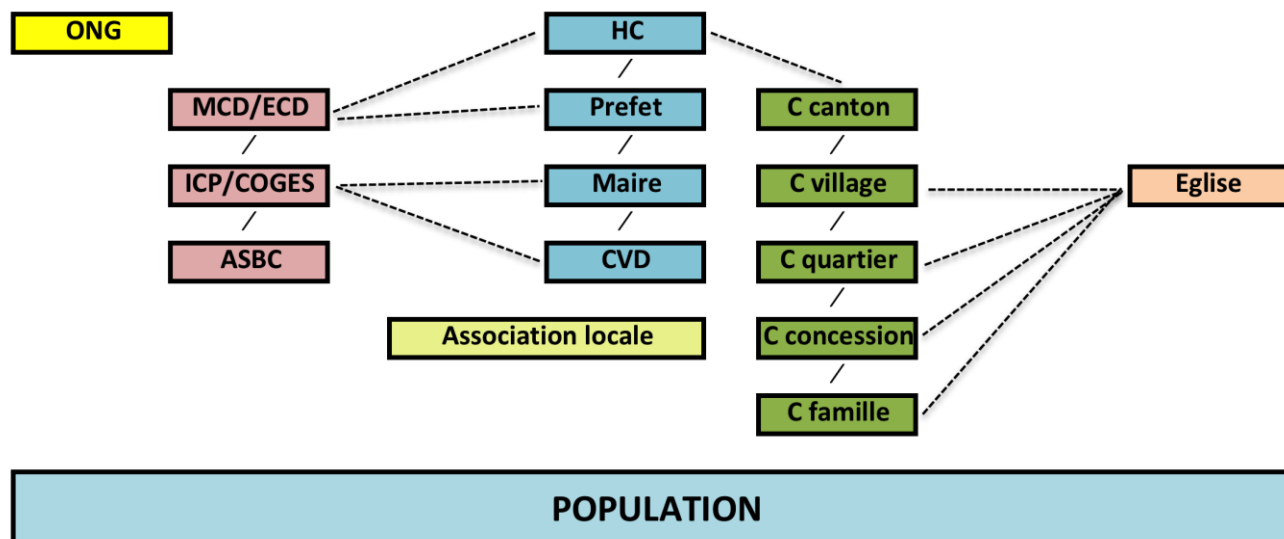
Les femmes font face à des **problèmes d'allaitement**, tels que l'absence du lait ou les plaies au niveau des seins, pour lesquelles elles consultent les agents de santé et/ou les guérisseurs traditionnels. Souvent, elles se conseillent entre elles dès qu'elles se « retrouvent à la fontaine, au marigot ou moulin. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Les femmes viennent me consulter pour le retard ou absence du lait à la naissance de leurs enfants. J'arrive à les traiter. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

C. ORGANISATION SOCIALE ET ACTEURS COMMUNAUTAIRES



DS Sindou bénéficie d'un réseau des autorités administratives et coutumières qui interagissent et se complètent dans les domaines bien définis. Sur le plan politico-administratif, le district est dirigé par le **Haut-Commissaire** et les **préfets** qui sont nommés par l'autorité centrale. Les **maires** et le conseil communal (composé de conseillers communaux) sont des élus locaux ainsi que le **Conseil Villageois de Développement** (CVD).

En plus de cette organisation politico-administrative coexiste dans certaines zones une autre organisation beaucoup plus traditionnelle et coutumière. Le **chef de canton** dirige le canton qui compte plusieurs villages (**chef de villages**) comprenant à leur tour plusieurs quartiers (**chef de quartier**) regroupant des concessions (**chef de concession**). Le dernier élément sur l'échelle est le patriarche, le **chef de famille**. Les deux modes d'organisation sociale sont en perpétuelle interaction.

Pendant que les décisions familiales sont plutôt non-participatives, les décisions communautaires paraissent être concertées et prises lors des assemblées qui favorisent la transparence. Les voix féminines sont prises en compte à travers la consultation de représentantes (du fait de leur âge, leur rang, rôle ou position sociale) mais par habitude les femmes ne participent pas directement aux assemblées.

« À la tête, il y a un chef de village, ensuite le chef de terre, les notables, la délégation des jeunes et les autres. Les rencontres sont organisées de façon trimestrielle et les décisions sont prises en consensus. »

(Enseignant, AdS Negueni)

« À la fin de la saison de pluie, chaque chef coutumier rencontre des familles dont il est responsable. Les conseillers municipaux organisent aussi des rencontres avec la communauté. »

(Imam, AdS Baguera)

« Les décisions sont prises à l'issue des rencontres du village convoquées par le chef de village. Les décisions sont prises à l'unanimité. Puis elles sont diffusées à la mosquée et par les représentants de chaque quartier. »

(Imam, AdS Zegnedougou)

Certaines personnes interrogées ont classifié la prise des décisions comme une affaire d'un chef de village et/ou ses conseillers qui ne sont que communiquées à la population sans l'opportunité de s'exprimer avant que telle décision soit prise.



« Le chef de village et les administrés se rencontrent en cas de besoin. La plupart des rencontres se font l'après-midi. Les décisions sont prises par le chef. Les délégués sont chargés d'informer la population. Les communications se font aussi dans les mosquées et par les personnes responsabilisées dans les quartiers. »

(Imam, AdS Bougoula)

« Au niveau communautaire, les décisions sont prises à travers les comités villageois du développement qui tiennent des assemblées générales chaque jour de marché (chaque 6 jours). Je n'ai jamais eu l'occasion d'assister de peur d'être indexé comme faiseur de trouble et surtout c'est souvent le secret entre eux. »

(Enseignant, AdS Negueni)

Dans le cas des groupements ou associations communautaires, un bureau représenté par 5 ou 6 membres responsabilisés par les quartiers, organise des réunions mensuelles au cours de lesquelles il prend les décisions par consentement. Ensuite, les décisions peuvent être communiquées par les membres du bureau, chacun dans son quartier, et/ou lors des jours de culte.

Les **instances ecclésiastiques** suivent leur propre hiérarchisation qui diffère d'une religion à l'autre mais les leaders religieux demeurent des références fortes et les lieux de culte des espaces d'échanges et d'information centraux pour la population.

Sur le **plan sanitaire**, un Médecin Chef de District (MCD) est à la tête du District Sanitaire (DS) et préside l'Equipe Cadre de District (ECD). Il supervise toutes les structures sanitaires sur l'ensemble du DS à travers les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) qui assurent le fonctionnement des structures sanitaires dans chaque aire de santé (AdS). Les ICP sont assistés par les COGES, Comités de Gestion, et les agents de santé à base communautaire (ASBC) qui relient les communautés et les structures sanitaires.



D. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS

Les communautés du DS Sindou utilisent une variété de canaux de communication formels et informels, entre autres les médias (radio, TV), les rassemblements autour des chefs coutumiers ou autorités religieuses, les théâtres communautaires, les crieurs publics et les téléphones portables.

« Le canal de communication le plus efficace est le lieu de culte. Mais le partage d'information se passe aussi au niveau personnel lors des jours de marché, mariages, baptêmes ou autres cérémonies. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

En ce qui concerne le programme PCIMA, les canaux de communication utilisés pour la sensibilisation de la population sur ses aspects clés sont assez limités. La diffusion de messages se passe au niveau des ménages où les agents de santé à base communautaire effectuent le dépistage des enfants de moins de cinq ans ou au niveau des villages lors des démonstrations culinaires organisées assez régulièrement par les agents des cellules d'éducation nutritionnelle. Les performances du théâtre communautaire ou les émissions de radio sont jugées efficaces mais leur réalisation est rare et non-répétitive. L'influence des leaders d'opinion (chefs coutumiers, autorités religieuses, etc.) n'est pas exploitée pendant que l'implication des modèles mères n'est qu'informelle. En d'autres mots, les mères partagent leur expérience avec les voisines de leur propre volonté dès que l'opportunité se présente mais elles ne sont pas incluses dans les activités de sensibilisation formelles.

Canaux de communication	Diffusion de messages	« Leader d'opinion » encourage l'action	« Modèle » démontre la lutte et le succès	Engagement communautaire	Dialogue sur les barrières et solutions
« Peer à Peer »	✓	✗	✓	✗	✗
« Porte à Porte »	✓	✗	✗	✗	✗
Discussions communautaires	✗	✗	✓	✗	✗
Théâtre communautaire / Evénements spéciaux	✓	✓	✓	✗	✗
Mass médias	✓	✗	✗	✗	✗

* Dans le tableau au-dessus, les carrés orange représentent les canaux de communication utilisés dans le cadre du programme PCIMA. Les carrés orange pâles représentent les canaux de communication utilisés de manière ad hoc et irrégulière. Les carrés en bleu représentent les activités complémentaires recommandées afin de renforcer la sensibilisation et stimuler le changement de comportement. Ils représentent aussi l'approche de la communication participative qui prend ses racines dans les médias et s'affine vers le dialogue sur les barrières et solutions au niveau « peer 2 peer ».



E. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION

Termes locaux

Les personnes interrogées se sont référées à la malnutrition en utilisant 30 termes locaux, dont *doumouni bana* ou *doumouni dese bana*, les plus couramment utilisés, font référence à « la maladie de la nourriture » ou « la maladie dû au manque de la nourriture », respectivement. Les deux termes sont considérés stigmatisant faute à leur insinuation du statut économique faible du foyer concerné et/ou les capacités limitées des parents de nourrir leurs enfants. Ensuite, les termes *founou founou bana*, *sere bana* et *sogo bana*, qui suggèrent tous des interprétations diverses de la maladie, ont été cités par environ 10 – 15% des personnes interrogées chacun. Les formulations restantes n'ont été citées que par 1 ou 2 interlocuteurs.

Cette grande variété terminologique dévoile un manque de standardisation des termes appropriés par les autorités sanitaires et/ou ses partenaires, en évitant des mots avec une connotation négative dans les communautés locales. D'ailleurs, étant donné que certains personnels soignants et/ou enseignants n'étaient pas originaires du district sanitaire, ils n'étaient pas toujours en mesure de citer les termes utilisés dans leur zone d'intervention et/ou expliquer en détail les perceptions de la maladie par les habitants. Ceci pourrait indiquer un désengagement des certains acteurs clés dans la sensibilisation communautaire et leurs interactions limitées avec les populations desservies.

L'utilisation d'un grand nombre de termes, chacun à son goût, peut aussi suggérer des tendances évasives des personnes concernées d'utiliser des mots qu'ils perçoivent négativement et/ou qui contrarient leurs croyances. En d'autres mots, les personnes expliquent la maladie à leur façon avec des écarts terminologiques peu significatifs. Ceci est particulièrement possible dans le cas de non-standardisation des termes appropriés et un manque de leur diffusion renforcée à travers une campagne de sensibilisation compréhensive.

Terme local	Langue	Signification
doumouni bana	DO	« maladie de la nourriture », terme stigmatisant (lié à la pauvreté)
séré bana	DO	« maladie des grossesses rapprochées, sevrage précoce »
sogo bana	DO	« maladie de la viande » (protéine interdit à l'enfant)
Sinlolo	DO	« l'enfant qui brille comme l'étoile », « maladie dû aux grossesses rapprochées »
cagana bana	DO	« l'enfant avec cotés visibles, colonne vertébrale visible, peau plissée », ressemblance physique au varan
founou founou bana	DO	« maladie de l'enfant gonflé »
sin bana	DO	« maladie du lait »
domini dese bana	DO	« maladie dû au manque de la nourriture », terme stigmatisant
gnama	DO	« maladie lié aux conséquences des interdits traditionnels / lieux sacrés violés / malédiction »
riba baanga	MO	« maladie de la nourriture »
titingue	SE	« chaleur de la grossesse qui attrape l'enfant »
fassa bana	DO	« maladie maigreur »
nogo bana	DO	« maladie dû au manque d'hygiène
woroholma	TU	(signification littérale non-identifiée)



gnobsé	MO	« peau frisée »
Kolsi	XX**	(signification littérale non-identifiée)
gbeguelé	DO	« cotés saillant », l'os de la poitrine visible, amaigrissement
dali tchefour/ kate tchefour	SE	« la fièvre lié au manque de la nourriture / la fièvre lié au manque de la viande »
nachomalo	SE	(signification littérale non-identifiée)
chontiermako	XX	(signification littérale non-identifiée)
reumenibana	XX	(signification littérale non-identifiée)
wobo bana	XX	(signification littérale non-identifiée)
kongo bana	DO	« maladie de la faim »
vouhoun	SE	« gonflement », « maladie des grossesses rapprochées, sevrage précoce »
chionyalee	XX	« serpent »
chionfogo	XX	« sort d'un cadavre »
chiwala	SE	« l'enfant maigre », (pas toujours la maladie, mince)
chifogo	SE	« enfant gonflé »
konoba	DO	« grand oiseau »

Compréhension locale des causes de la malnutrition

Vu la diversité terminologique, la compréhension locale des causes de la malnutrition est équitablement variée. Par contre, seulement 6 sur 56 personnes interrogées dans les communautés de DS Sindou ont lié la malnutrition à la mauvaise alimentation.

« La malnutrition vient de l'alimentation non-variée et non-équilibrée. »

(Pasteur, AdS Konadougou)

« La malnutrition est dû au manque de variation dans les repas. »

(Chef coutumier, AdS Bakoro)

Les autres personnes interrogées ont cité une gamme entière des causes liées aux croyances culturelles et/ou tabous alimentaires.

« La malnutrition est souvent perçue comme une conséquence de l'interdit traditionnel ou nutritionnel. »

(Equipe Cadre de District, DS Banfora)

« Certaines personnes attribuent la malnutrition au fait qu'une femme enceinte a enjambé l'eau utilisé pour laver le cadavre; les autres l'attribuent aux génies si une femme enceinte aime se laver tard la nuit. Dans quelques communautés la malnutrition peut être provoquée par la vue de certains animaux, tels que le varan ou certaines espèces de crapauds. »

(Personnel Nutrition, Progetto Mondo MLAL)

« La maladie est due à la grossesse rapprochée et le sevrage précoce qui suit. »

(Organisation à base communautaire, AdS Bougoula)

** L'origine linguistique du terme non-identifié.



« Nous croyons que lorsque la femme est enceinte et l'enfant tête, c'est la chaleur de la grossesse qui rend l'enfant malade. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« La maladie vient quand le rapport sexuel qui a abouti à la naissance de ce bébé a été fait dehors, à l'air libre. »

(Organisation à base communautaire, AdS Wolonkoto)

« Si la femme ne respecte pas la tradition, c'est ça qui peut arriver. »

(Grand-mères, AdS Nerfindougou)

« Quand la femme mange la viande du singe, reprend des pas du singe ou traverse les traces du passage d'un serpent ou autre animal sauvage, son enfant tombera malade. »

(Cellule d'Education Nutritionnelle, AdS Niansogoni)

« La malnutrition est dû au sang des animaux tués et quand la femme enceinte marche sur le sang versé. »

(Imam, AdS Baguera)

« L'enfant malnutri est un enfant dont les parents ont tué des animaux mystiques dans la forêt qu'ils ne devraient pas tuer. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

« C'est le serpent qui attrape l'âme de l'enfant. »

(Chef coutumier, AdS, Zeguedougou)

« La malnutrition est perçue comme une maladie de génies, maladie mystique, une vraie malédiction. Mon enfant a été presque tué du fait des croyances en sorcellerie. On l'a enfermé dans la maison en disant que c'est un serpent et si c'est le cas, il va mourir. »

(Accompagnant MAS, AdS Niankorodougou)

« Les œdèmes sont les signes de la sorcellerie. »

(Personnel soignant, AdS Kaniagara)

« La maladie est là depuis longtemps mais on ne la connaissait pas suffisamment. Souvent on pensait que c'est Dieu qui manifeste sa colère sur l'enfant en le sanctionnant. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kafina)

« La malnutrition est une maladie des morts. Il y a des plaies ou infections dans le ventre. »

(COGES, AdS Kangoura)

D'ailleurs, quelques personnes ont avoué qu'ils ne considéraient pas la malnutrition comme une maladie.

« Nous ne la considérons pas comme une maladie parce que les enfants de ce genre guérissaient sans problème avec les traitements traditionnels. »

(Imam, AdS Zegnedougou)

« Je connaissais le terme « doumouni bana » mais je ne savais pas qu'il s'agit d'une maladie. »

(Accompagnant MAS, AdS Kaniagara)

« Certaines personnes pensent que la malnutrition n'est pas une maladie mais c'est la constitution de l'enfant. Quand on les sensibilise, ils disent que l'enfant a été comme ça depuis sa naissance. Il mange mais il ne grossit pas. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kawolo)



Compréhension locale des symptômes de la malnutrition

Le discours sur les symptômes de la malnutrition s'est généralement déroulé en deux vagues. En premier lieu, les personnes interrogées ont mentionné des symptômes qui ne sont pas exclusifs à la malnutrition, tels que la fièvre, la diarrhée, le manque d'appétit ou la fatigue. En fait, la majorité des accompagnants des enfants malnutris avait la tendance à limiter leurs réponses à ces symptômes.

« Elle a cessé de téter et ne mangeait plus. Elle était souvent malade. »

(Accompagnante MAS, AdS Sindou urbain)

En deuxième lieu, les personnes ont cité des symptômes attribuables au marasme et/ou kwashiorkor, tels que la maigreur et le gonflement des membres, respectivement.

« L'enfant malade ressemble à un petit vieux. Il est maigre et fatigué, avec des cheveux défrisés et la peau desquamée. »

(Cellule d'Education Nutritionnelle, AdS Tourny)

« L'enfant malade est gonflé, il a des cotés visibles, cheveux décolorés ou rouge et des veines apparaissent sur sa tête. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Tourny)

« L'enfant est atteint par la maladie quand il mange la terre. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Niansogoni)

Une petite partie des personnes interrogées a admis une petite confusion en ce qui concerne la malnutrition car, selon eux, elle ne se présente pas comme les autres pathologies.

« Ce n'est pas une maladie comme les autres parce que l'enfant ne fait pas la diarrhée, son corps ne chauffe pas. On croirait qu'il est en forme, portant ce n'est pas le cas. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« Ce n'est pas une maladie comme les autres. Elle ne « couche » pas. L'enfant marche, fait tout, mais seulement on voit qu'il y a un problème. »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)

Compréhension locale des effets de la malnutrition

La compréhension locale des effets de la malnutrition s'est limitée à la mort qui, semblablement aux symptômes, n'est pas exclusive à la malnutrition. Aucune personne interrogée n'a fait allusion aux autres conséquences, tels que la diminution des capacités intellectuelles, la déformation du corps et/ou autres complications.

Compréhension locale du traitement de la malnutrition

L'utilisation de PlumpyNut®, en tant que traitement moderne de la malnutrition, est bien acceptée. La population perçoit le changement positif de l'état de l'enfant qui par la suite motive l'adhésion au traitement jusqu'à la guérison. Aucun accompagnant MAS ni autre informateur clé n'a confirmé avoir connu de cas d'abandon. Les accompagnants affirment être concernés par l'état de leurs enfants et souhaitent leur rétablissement afin de réintégrer la vie communautaire.

« On leur donne du « chocolat » et ça marche ! »

(Accompagnant MAS, AdS Niankorodougou)



« La pâte d'arachide contient des vitamines. Le traitement est rapide et efficace. »

(Accompagnante MAS, AdS Loumana)

Un autre avantage considérable s'appuie sur la compréhension que « *teguedeguê* », terme par lequel PlumpyNut® est connu localement, est un « *médicament destiné aux enfants malades* », plutôt que la nourriture. Par contre, les représentants de l'organisation à base communautaire se sont laissés entendre que « *certaines mères consomment le PlumpyNut®, d'autres le prennent pour faire la sauce.* »

(Organisation à base communautaire, AdS Loumana)

Itinéraires thérapeutiques

La voix de la communauté était particulièrement claire en ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques. Même si un bon nombre des personnes interrogées a avoué consulter le CSPS, le recours aux soins traditionnels maintient son importance. En fonction des perceptions de la maladie par l'entourage, l'enfant pourrait être amené au tradipraticien d'abord et référé au CSPS si le traitement traditionnel échoue. Dans un autre cas, les deux traitements sont entamés et poursuivis simultanément.

« Le recours aux tradipraticiens représente le recours de première intention pour la majorité des parents. Ils pensent que la malnutrition est une maladie que l'hôpital ne peut pas soigner. »

(Personnel soignant, AdS Nerfindougou)

« Ici on essaie toujours de soigner avec les tisanes. Si ça ne marche pas, on déplace au CSPS. »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)

« Certaines personnes pensent que les CSPS sont très coûteux. Ainsi, ils commencent le traitement par l'automédication, puis le guérisseur, puis le CSPS. »

(Personnel soignant, AdS Dakoro)

« On amène l'enfant au CSPS d'abord. Si les agents lui font des soins, on fait aussi le recours au tradipraticien pour le complément. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« En cas de maladie, on amène l'enfant au CSPS mais en même temps il faut faire la médecine traditionnelle car les soins au CSPS ne réussissent pas. »

(Imam, AdS Baguera)

« Par le passé, on a donné à l'enfant la décoction de l'arbre pour boire. On l'a aussi lavé avec. Maintenant on combine les deux, l'hôpital et la décoction. »

(Imam, Zegnedougou)

« En cas de kwashiorkor, il faut commencer le traitement par le guérisseur car l'enfant a des plaies dans le ventre. Il faut les soigner d'abord car les agents de santé ont un sirop qui ne guérit pas cette maladie du ventre rapidement. Puis, on peut aller au CSPS pour les soins complémentaires. »

(Organisation à base communautaire, AdS Bougoula)

En ce qui concerne le traitement traditionnel même, les personnes interrogées ont hésité à partager les détails. Par contre, quelques guérisseurs traditionnels ont dévoilé les fragments de leurs soins secrets.

« Je traite la maladie avec la scarification et la décoction des feuilles. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Niansogoni)

« Avant d'entamer le traitement, il faut diagnostiquer si la cause mystique provient de la terre, du ciel, des animaux, etc. L'enfant ne doit pas manger du sel et se laver avec l'eau chaude. Avant de se coucher il faut l'embaumer du miel car la maladie est dans le foie. Le traitement dure environ 6 mois. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)



Il va sans dire que l'automédication ou le recours aux tradipraticiens en première intention engendre un référencement tardif au centre de santé qui, entre autres, prolonge la durée du traitement.

Histoire de cas

« Mon enfant avait commencé à maigrir, il ne mangeait pas, sa peau a commencé à faner. On m'a dit que c'était un serpent. Ma femme, mon père et mes frères sont allés voir un guérisseur qui a induit le médicament et enfermé le petit dans une maison.

« Si au bout d'un certain temps (environ une journée) il meurt, c'est un serpent; s'il vit c'est une personne. » a dit le guérisseur.

C'est à ce moment que j'ai fait un recours aux services de santé clandestinement. On m'a remis du PlumpyNut®, je faisais la bouillie enrichie moi-même en cachette et je lui donnais. Dieu merci qu'il est guéri et a même commencé à marcher il y a trois semaines à l'âge de trois ans. Mais ma famille ne sait pas que j'ai intervenu. Ils pensent que c'est eux qui l'ont soigné. L'essentiel est qu'il est guéri. »

(Accompagnant MAS, AdS Niankorodougou)

Compréhension globale de la malnutrition

La compréhension globale de la malnutrition entre les personnes interrogées varie considérablement. Pourtant aucun des 11 accompagnants MAS interrogés n'a révélé des connaissances étendues de la maladie, y compris ses causes, symptômes et effets. Même s'ils étaient en mesure de décrire l'état de leur enfant avant le commencement du traitement au CSPS, ils n'ont dévoilé aucune connaissance des causes ou effets de cette condition. Ceci est particulièrement grave étant donné qu'il s'agit des accompagnants des enfants inscrits dans le programme PCIMA. Ainsi, il est possible d'affirmer que la sensibilisation par le personnel soignant lors des consultations médicales est minime, voire inexistante. Les témoignages des accompagnants MAS interrogés n'ont confirmé que la bonne compréhension de l'utilisation du PlumpyNut®.

En outre, les personnes interrogées ont dévoilé de manière écrasante que la malnutrition est souvent **stigmatisée** même si les motifs varient et reflètent toutes sortes de croyances sous-jacentes.

« La stigmatisation de la malnutrition se masque par plusieurs chapeaux. On peut relier à la honte des mères au vu de l'aspect physique de leur enfant malade ou à la honte due aux grossesses rapprochées. La stigmatisation peut se dévoiler par le rejet de la mère et de l'enfant par le mari, la famille et la communauté. Le foyer entier peut aussi être stigmatisé parce que la malnutrition peut signaler sa pauvreté ou même la malédiction

(Equipe Cadre de District, DS Banfora)

« La malnutrition est une maladie stigmatisée parce que les gens pensent que l'enfant malade n'est pas humain mais plutôt un génie ou un serpent. Même les membres de la famille ne veulent pas prendre l'enfant et veulent qu'on le cache. »

(Personnel Nutrition, ProgettoMondo MLAL)

« Les mères ont honte de venir au CSPS avec leurs enfants malnutris. Ceci représente une grande barrière pour les admissions mais peut aussi provoquer certains abandons et la non-continuation du traitement. La maladie est très stigmatisée parce qu'elle est liée à la pauvreté et à la misère. Elle se dévoile à travers les regards, rumeurs, préjugés, même le rejet. »

(Personnel soignant, AdS Sindou urbain)

« La malnutrition est mal perçue parce que ça arrive aux gens qui n'ont pas à manger. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kafina)



« C'est surtout la honte et la manière dont les gens parlent de vous dans le village. On te pointe même du doigt. »

(Accompagnant MAS, AdS Niankorodougou)

« On critique les parents. C'est eux qui ont rendu l'enfant malade. Les enfants sont rejetés. Ils ne peuvent pas manger avec les autres. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

« Quand l'enfant est malnutri, la maman et l'enfant sont rejetés par la société. Les marchés ou rencontres communautaires deviennent un tabou. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

« La maladie est perçue comme la honte pour la femme; les autres femmes se moquent d'elle parce qu'elle avait trop hâte de coucher avec son mari. »

(Organisation à base communautaire, AdS Bougoula)

« Quand l'enfant est malade on le remet à la grand-mère. Certaines femmes enceintes ont honte de mettre un enfant malnutri au dos. »

(Personnel soignant, AdS Dakoro)

A quelques reprises la stigmatisation a été liée aux croyances fautives de la malnutrition en tant qu'une maladie contagieuse.

« La malnutrition est stigmatisée parce que les gens pensent que c'est une maladie contagieuse »

(COGES, AdS Kangoura)

« Les enfants du village sont interdits d'approcher l'enfant malade de peur être contaminés. La population ne comprend pas véritablement la malnutrition. »

(Personnel soignant, AdS Zeguedougou)

Ce n'était que pour quelques cas isolés que la malnutrition n'était pas considérée stigmatisée.

« Chez nous, la malnutrition n'est pas stigmatisée parce qu'en sortant avec l'enfant malade tu peux trouver quelqu'un pour t'aider avec des médicaments. »

(Femmes, AdS Kankalaba)

« La maladie n'est pas mal vue parce qu'elle n'est pas transmissible. »

(Chef coutumier, AdS Dakoro)



F. PERCEPTION DU PROGRAMME PCIMA

Compréhension locale du programme PCIMA, sa population cible et critères d'admission

Les personnes interrogées ont généralement reconnu l'existence du programme PCIMA (ou des services disponibles au niveau de CSPS) mais leur compréhension du fonctionnement du programme pourrait être classifiée comme vague et limitée à l'administration des médicaments.

« J'ai souvent entendu parler du service PCIMA mais je ne savais pas quels enfants pourraient être concernés. »

(Accompagnante MAS, AdS Sindou urbain)

« Il y a des gens qui pensent que c'est couteux et refusent d'amener leurs enfants. »

(Hommes. AdS Negueni)

« Je suis seulement au courant que les femmes de ces enfants bénéficient des démonstrations de bouillies. En dehors de cela, je ne suis au courant de rien. »

(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

Entre autres, ces témoignages démontrent que la population ressent des confusions au niveau du ciblage du service PCIMA ainsi que sa gratuité. D'ailleurs, il paraît que les personnes de la communauté ne font pas de distinction entre le service PCIMA et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Ceci pourrait expliquer le mécontentement des mères si leurs enfants ne bénéficient pas de PlumpyNut® et/ou une perte d'intérêt de continuer le « programme de bouillie » une fois qu'ils commencent à guérir.

« Les femmes qui ne bénéficient pas de PPN sont mécontentes, frustrées même. »

(Pasteur, AdS Konadougou)

« Si l'enfant commence à guérir, les mères ne viennent plus. Elles pensent qu'il faut donner le PPN et la bouillie ne va rien faire. »

(Personnel soignant, AdS Kaniagara)

La sensibilisation insuffisante sur le fonctionnement du programme PCIMA et le programme complémentaire se dévoile également à travers l'échange suivant:

« Les cas MAM fatiguent beaucoup les agents de santé parce qu'ils sont nombreux et ils n'ont pas la ration comme les cas MAS. Ça peut créer des disputes. D'ailleurs, les femmes refusent de quitter le programme quand l'enfant est guéri. Elles réclament toujours le PPN. »

(Personnel soignant, AdS Dakoro)

Le refus de quitter le programme peut se traduire en pression sur le personnel soignant de prolonger le traitement. En effet, chaque accompagnant(e) MAS interrogé(e) a confirmé une période de traitement plus longue que 8 semaines. En moyenne, ils ont cité une période de 4 mois ou plus – ce qui s'aligne avec la durée de traitement chez le tradipraticien.

Par contre, l'acceptation et l'appréciation du programme PCIMA sont répandues et incontestables sur tout le territoire du DS Sindou. Les personnes interrogées reconnaissent l'opportunité de bénéficier du service dans leur milieu ainsi que ses effets positifs sur la santé des enfants qui récupèrent rapidement.

BARRIERES ET BOOSTERS

ou facteurs positifs et négatifs ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme PCIMA

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés



comme ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans le DS Sindou. Conséquemment, ils ont été pondérés en fonction de leur importance pour le programme.

Barrières	Poids BBQ	Poids BBQ	Boosters
<i>Rupture de stock</i>	5	6	<i>Appréciation du service PCIMA</i>
<i>Insuffisances dans la qualité du service PCIMA</i>	3	7	<i>Efficacité du traitement (PlumpyNut®)</i>
<i>Insuffisances dans le fonctionnement de la PEC MAM</i>	2	5	<i>Bon fonctionnement du programme PCIMA</i>
<i>Méconnaissance de la malnutrition</i>	6	4	<i>Gratuité des soins</i>
<i>Méconnaissance du programme</i>	4	4	<i>Bonne collaboration entre les partenaires</i>
<i>Croyances culturelles</i>	6	6	<i>Réalisation du dépistage</i>
<i>Recours aux soins traditionnels</i>	6	5	<i>Réalisation des activités de sensibilisation communautaire</i>
<i>Insuffisances dans la sensibilisation communautaire</i>	7	2	<i>Engagement des acteurs communautaires</i>
<i>Insuffisances du réseau des ASBC</i>	5	3	<i>Adhésion au traitement</i>
<i>Occupation des accompagnants</i>	4	3	<i>Référencement par A^{MAS}</i>
<i>Barrières géographiques</i>	4		
<i>Stigmatisation</i>	5		
<i>Non-implication des pères</i>	3		

Sur une note positive, les personnes interrogées ont reconnu le **bon fonctionnement du programme PCIMA**. Entre autres, le bon accueil, le temps d'attente raisonnable (entre 0 et 60 minutes, n'entraînant pas des pertes de revenu journalières) et le partage d'informations sur l'utilisation de PlumpyNut® a été mentionné. La population a également dévoilé une forte **appréciation du service PCIMA**, motivée principalement par la **gratuité des soins** et l'**efficacité du traitement** moderne qui se manifeste à travers un changement rapide d'état de l'enfant. Ceci motive l'**adhésion au traitement** de la part des parents afin d'assurer la guérison complète de leur progéniture. Une fois en voie de guérison et/ou guéri, les parents traduit l'appréciation du service PCIMA en **référencement** des autres enfants atteints par la maladie. Cette initiative est complémenté par les activités du **dépistage** réalisées par les agents de santé à base communautaire ainsi que les autres **acteurs communautaires engagés**. Les équipes de ProgettoMondo jouissent de bonnes relations avec le personnel soignant et tous les autres représentants du DS Sindou grâce à leur contact régulier avec les structures sanitaires et le soutien approprié. En conséquence, la **bonne collaboration et coopération entre les partenaires**, y compris l'intégration du service PCIMA dans les structures existantes, a été repéré comme un booster propre.

Malgré ces points forts, certaines **insuffisances dans le fonctionnement du service PCIMA** ont été soulevées et nécessitent que les démarches adéquates soient entamées. Les personnes interrogées ont signalé que certains personnels (soignant ou accueil) ne maîtrisent pas le(s) langue(s) locale(s), ne sont disponibles et/ou ne sont pas formés, ce qui peut entraîner des insuffisances lors de la consultation médicale.

« J'ai attendu plus qu'une heure parce que la personne n'était pas là. »

(Accompagnante MAS, AdS Sindou)

Souvent, le temps de consultation ne paraissait pas suffisant (5-10 min), si l'on tient compte de l'importance de la sensibilisation des accompagnants sur les aspects clés de la malnutrition à cette occasion. D'ailleurs, la sensibilisation ne s'est pas prouvée systématique et régulière dans aucun centre de santé concerné. Certaines structures sanitaires ont été aussi épinglées pour le dépistage non-systématique à la consultation médicale, le non-respect des critères d'admission, la mauvaise gestion des registres ainsi que pour un manque de suivi des cas d'abandon.

Par contre, l'immense majorité des barrières à l'accès et/ou la couverture du programme PCIMA se concentre



dans le volet communautaire. A leur centre reposent les **insuffisances dans le réseau des agents de santé à base communautaire** qui peuvent être insuffisamment formés et/ou passives – ce que se traduit automatiquement en qualité et/ou la quantité du travail effectué. Parfois, le sentiment de surcharge de travail peut également stimuler la démotivation des ASBC et ainsi un manque des activités respectives. Un résultat le plus évident prend la forme des **insuffisances dans la sensibilisation communautaire** qui épaulent la **méconnaissance de la malnutrition et/ou du programme PCIMA** et permettent la survie des **croyances locales** qui requièrent le **recours aux soins traditionnels** et motivent la **stigmatisation** erronée de la maladie dans la communauté. Suite aux échanges avec les informateurs clés, il est devenu évident que le méli-mélo des croyances locales reste un des plus grands défis dans DS Sindou. Elles constituent non seulement des croyances en sorcellerie ou autres en essor (cf. section « *Compréhension locale de la malnutrition* » ci-dessus) mais sont aussi accompagnées par un mélange de pratiques nuisibles à la santé des enfants. **La dynamique de genre** régit ces circonstances. L'inégalité de charge de travail entre les hommes et les femmes est largement répandue, le garde d'enfants étant uniquement une affaire des femmes. Celles-ci peuvent se sentir « sous pression » et refuser le référencement à PCA/PCI si l'homme n'approuve pas leur absence (prolongée) du foyer et/ou n'assiste pas à la garde des autres enfants. D'ailleurs, les **barrières géographiques**, tels que la distance et/ou la mauvaise accessibilité pendant la saison pluvieuse, jouent sur la motivation des accompagnants des enfants MAS à entamer le traitement au CSPA.



G. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Réseaux des bénévoles (couverture, capacité, aptitude)

DS Sindou dispose d'un réseau des **agents de santé à base communautaire (ASBC)** qui s'étend sur tout le district sanitaire. Par contre, il existe des localités où les ASBC ne sont pas présents et/ou actifs, ce qui conduit naturellement aux insuffisances ou même absences du dépistage et de la sensibilisation.

« Certains agents ont été formés mais ils ne font pas leur travail. »

(Imam, AdS Boukoula)

« La motivation financière des ASBC lors des séances de sensibilisation est un élément capital pour le renforcement de la sensibilisation. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kawolo)

A cet égard, il est important de noter que certains ASBC peuvent réclamer la rémunération financière ou autre dû à la surcharge de travail qu'ils peuvent ressentir pendant la mise en œuvre de leurs activités. D'ailleurs, un manque de la collaboration et/ou la supervision par le personnel soignant peut provoquer des sentiments de démotivation et même de désengagement graduel. Comme indiqué dans la section « *Compréhension locale de la malnutrition* », le personnel soignant est plutôt absent dans la planification, mise en œuvre et/ou le suivi des activités communautaires. Ainsi, les ASBC manquent d'orientation professionnelle continue qui pourrait se traduire en amélioration de la qualité et de la fréquence des séances du dépistage et de la sensibilisation, entre autres.

Quelques personnes interrogées ont suggéré que le réseau des ASBC devrait intégrer les femmes afin de stimuler son fonctionnement.

« Je pense qu'il faudrait associer les femmes et les former à faire cette activité. Après tout, elles sont mieux placées pour mener les échanges sur les thèmes liés aux soins d'enfants. »

(Imam, AdS Boukoula)

Certains villages bénéficient d'une présence des **cellules d'éducation nutritionnelles (CEN)** qui organisent les démonstrations culinaires accompagnées par des causeries et même le dépistage des enfants présents lors de ces séances. En effet, les personnes interrogées ont reconnu et apprécié leurs efforts dans le domaine de la sensibilisation plus fréquemment que les activités des ASBC.

Dépistage actif & passif (acteurs, outils, fréquence, planification et suivi)

Le réseau des ASBC a été identifié comme l'acteur principal du dépistage/référencement actif au DS Sindou, complété par le dépistage des enfants présents lors des démonstrations culinaires organisées par les CEN. Le dépistage passif des enfants <5 ans lors des consultations médicales aux CSPS ne s'est pas prouvé systématique.

Lors de référencement, les relais communautaires distribuent les jetons (« fiches de référencement ») et demandent aux accompagnants d'organiser un déplacement au centre de santé. Un doublon de jeton est livré au CSPS concerné afin de contrôler l'inscription de l'enfant dans le programme. L'opérationnalité des VAD au cas où l'enfant ne se présente pas et/ou abandonne le traitement n'a pas été confirmée.

« Les ASBC ont des cartons jaunes et rouges pour le référencement des enfants malnutris. Les parents viennent avec au CSPS pour le traitement. Contrairement au passé, on ne fait plus face aux problèmes avec les mesures anthropométriques. Les ASBC ont pris l'habitude de mesurer. »

(Personnel soignant, AdS Dakoro)



« Les VAD ne se font pas réellement. Il faudrait renforcer la collaboration avec les agents de santé. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kawolo)

Selon le planning, le dépistage communautaire devrait être réalisé trimestriellement. Pourtant, le personnel soignant ainsi que les autres informateurs clés n'ont pas confirmé sa régularité.

« Les ASBC ne respecte pas le planning du dépistage trimestriel. »

(Personnel soignant, AdS Dakoro)

« Le dépistage se fait deux fois par an avec l'aide de ceinture de couleurs rouge, jaune et vert, le « bapatobirubo^{††}. »

(Jeunes femmes, AdS Kangoura)

« Je n'ai jamais vu l'ASBC mesurer des enfants. »

(Chef coutumier, AdS Dakoro)

Le référencement par les autres bénéficiaires du service PCIMA a été mentionné à un petit degré. Même si quelques mères avouent référer « l'enfant qui ressemble au sien », la pratique n'est pas répandue et la sensibilisation à cet égard doit être renforcée.

Sensibilisation (acteurs, thèmes, outils, fréquence, variété, planification et suivi)

Le réseau des cellules d'éducation nutritionnelle (CEN) a été identifié comme l'acteur principal de la sensibilisation dans DS Sindou. Les efforts du réseau sont complétés par les séances de sensibilisation organisées par les agents de santé à base communautaire et soutenus par divers acteurs communautaires, tels que les chefs coutumiers, autorités religieuses et/ou organisations à base communautaire. Par contre, leur engagement est plutôt rare et sporadique malgré le fait qu'ils exercent une influence importante dans le domaine d'opinion. Les personnes interrogées ont émis l'avis que ceci devrait être renforcée « *parce qu'ils ont le pouvoir sur la population.* »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)

« Les chefs de villages, les autorités religieuses, les chefs de groupement devraient aussi assister mais ils sont souvent difficiles à mobiliser. »

(Cellule d'Education Nutritionnelle, AdS Niansogoni)

La communauté ainsi que les A.SBC ont souligné l'absence du personnel soignant dans la mise en œuvre des activités communautaires, voire la nécessité de leur investissement.

« Les agents de santé, les ASBC, les COGES ainsi que les chefs de villages devraient assister activement dans la sensibilisation. Les agents de santé devraient y assister pour apporter l'appui aux ASBC qui ne maîtrisent pas les sujets autant que le personnel soignant. »

(Agent de santé à base communautaire, AdS Kawolo)

« Il faudrait améliorer la coopération entre les ASBC, les OBCE et les agents de santé. »

(Personnel soignant, AdS Sindou urbain)

Les tradipraticiens semblent être partiellement sensibilisés mais ne contribuent pas véritablement au référencement des enfants malnutris. D'ailleurs, ils ne sont pas inclus dans la sensibilisation adressant les croyances et pratiques traditionnelles qui conditionnent la perception fautive de la maladie et/ou son traitement.

« Je ne suis pas associé aux séances de sensibilisation. Je n'étais jamais invité à y assister. »

^{††} MUAC.



(Guérisseur traditionnel, AdS Kankalaba)

Les cibles des séances de sensibilisation sont les femmes enceintes/allaitantes et/ou les femmes en général en tant que nourrices des enfants. Vu leur rôle et pouvoir décisionnel les hommes pourraient être aussi invités mais leur présence n'est pas si fréquente. Les autres membres de la communauté semblent être naturellement exclus, pourtant leur sensibilisation pourrait influencer la compréhension générale de la malnutrition et la stigmatisation des ménages atteints par cette maladie. Entre autres, les chefs coutumiers, autorités religieuses, enseignants ou guérisseurs traditionnels ont été plus souvent cités. Leur implication dans la sensibilisation, quel que soit le thème, est jugée cruciale, leurs opinions étant hautement estimées entre les peuples.

« Il faut associer les pères des enfants afin de bénéficier de leur contribution et appui car les femmes disent que les hommes les empêchent de venir. »

(Personnel soignant, AdS Kaniagara)

« Il faut beaucoup insister sur les hommes parce que jusqu'à là il y en a qui sont dur d'oreille. »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)

« Nous n'assistons pas aux séances de sensibilisation parce qu'on est aux cités d'or toute la journée. »

(Jeunes hommes, AdS Kawolo)

« Les hommes devraient assister parce qu'il se peut que la femme ne comprenne pas bien. »

(Chef coutumier, AdS Dakoro)

« La sensibilisation devrait se faire déjà à l'école primaire car cela permettrait aux enfants de grandir avec les connaissances sur la malnutrition. »

(Enseignant, AdS Outila)

En ce qui concerne la fréquence des séances de sensibilisation, les réponses ont varié entre une fois par semaine ou une à deux fois par mois avec une tendance d'être irrégulière. Les thèmes cités couvrent la vaccination, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que le paludisme et la malnutrition.

« Les ASBC font la sensibilisation une fois par semaine pendant la saison sèche et une fois par mois pendant l'hivernage. »

(Agents de santé à base communautaire, AdS Kafina)

« Nous organisons des causeries une fois par semaine. Un tour est fait dans le village pour inviter la population. Nous invitons surtout les mères avec des enfants malades. »

(Cellule d'Education Nutritionnelle, AdS Niansosgoni)

« Depuis deux ans que je suis là, je n'ai pas encore vu une sensibilisation sur la nutrition des enfants. »

(Enseignant, AdS Outila)

La sensibilisation est souvent organisée en masse ou porte-à-porte. D'autres formats ne sont pas connus – ce qui pourrait provoquer un retour mitigé sur son attractivité et/ou utilité.

« Les sensibilisations sont ennuyeuses, on ne perd que du temps. »

(Organisation à base communautaire, AdS Boukoula)

« Certaines femmes ne viennent pas aux démonstrations culinaires parce qu'elles ne croient pas que ça pourrait aider leurs enfants. »

(Organisation à base communautaire, AdS Niankorodougou)



PLAN D'ACTION

RECOMMANDATION 1: Améliorer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Former et/ou recycler le personnel soignant/personnel d'accueil en PCIMA ▪ accueil des patients; ▪ prise des mesures anthropométriques; ▪ remplissages des registres/outils de gestion.	Insuffisances dans la qualité du service PCIMA	Ministère de la Santé DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Nombre de personnel formé et/ou recyclé.	100% personnel	07 – 12/2015
Systématiser et assurer le suivi du dépistage passif de tous les enfants de 6-59 mois, les femmes enceintes et allaitantes à la consultation curative.	Idem.	DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Nombre de personnes consultées et dépistées passivement.	100% des admissions curatives	à partir de 05/2015
Développer un système flexible de gestion d'intrants permettant de prévenir des ruptures de stock éventuelles et répondre aux besoins des patients.	*Rupture de stock.	DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Nombre de structures ayant tombées dans la rupture de stock des intrants nutritionnels.	0% des structures ayant tombées dans la rupture	05/2015
Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de sensibilisation au niveau des CSPS, assurant la sensibilisation systématique des accompagnants MAS et intégrant la malnutrition dans les CPN/CPS (entre autres), afin d'optimiser la compréhension de la malnutrition et de son traitement.	* Insuffisances dans la qualité du service PCIMA * Méconnaissance de la malnutrition *Méconnaissance du programme PCIMA * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires	DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Stratégie de la sensibilisation développée, dûment documentée et communiquée aux structures sanitaires.	1	05/2015
Concevoir et mettre en place un système de suivi de la nouvelle stratégie de sensibilisation au niveau des CSPS.	Idem.	DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Suivi de la stratégie développé et dûment documenté.	1 fois par mois/CSPS.	à partir de 05/2015



RECOMMANDATION 2: Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Organiser les réunions de coordination trimestrielles au niveau de DS Sindou afin d'établir une stratégie de la mobilisation communautaire applicable à l'ensemble de DS et de suivre/consolider son progrès.	* Insuffisances dans le réseau des ASBC * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires	DS Sindou <i>Participation obligatoire:</i> PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP de chaque CSPS participant Représentants communautaires	Réunions de coordination planifiées, organisées et dûment documentées (lettres d'invitation, agendas, procès-verbal etc.)	4 fois par année	05/2015 08/2015 11/2015 02/2016
Organiser les réunions de coordination trimestrielles au niveau de chaque CSPS participant afin d'établir une planification de la mobilisation communautaire applicable à l'ensemble d'AdS et de suivre/consolider son progrès.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL <i>Participation obligatoire:</i> PF MC DS Sindou et/ou ProgettoMondo MLAL ICP COGES tous les ASBC d'AdS	Réunions de coordination planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbal etc.)	4 fois par année	05/2015 08/2015 11/2015 02/2016
Répertorier toutes les croyances/perceptions culturelles/ religieuses ou autres ayant l'impact évident/sous-jacent sur le traitement de la malnutrition/ le recours de première intention aux soins traditionnels, y compris des perceptions fautives de la PEC MAM, et assurer que les messages clés soient régulièrement adaptés pour les adresser systématiquement.	* Méconnaissance de la malnutrition * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires	PF MC DS Sindou MC ProgettoMondo MLAL <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence d'une liste des croyances/ perceptions culturelles/ religieuses ou autres servant de base pour la conception des messages clés.	1	05/2015 (actualisations trimestrielles et/ou selon besoin)
Préparer/consolider une liste des messages clés sur une variété des thèmes liées à la malnutrition, y compris ses causes sous-jacentes, se reposant sur un répertoire des croyances locales.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence d'une liste harmonisée des messages clés liées à la malnutrition.	1	05/2015
Préparer une brochure illustrée,	Idem.	PF MC DS Sindou	Existence d'une brochure	1	06/2015

RECOMMANDATION 2: Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
traduite en langue/s locale/s, couvrant les messages clés harmonisés.		ProgettoMondo MLAL	illustrée et imprimée pour la distribution entre les acteurs communautaires.		
Développer le contenu des séances de sensibilisation adapté à l'audience cible, i.e.: * ASBC / CEN * Personnes influentes (CC, OBC, AR, E) * GT * Hommes * Femmes / Grand-mères	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence des modules de formation adaptés à l'audience cible.	5	06/2015

RECOMMANDATION 3: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les agents de santé à base communautaire afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Actualiser la cartographie de tous les agents de santé à base communautaire dans chaque AdS.	* Insuffisances dans le réseau des ASBC * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Cartographie exhaustive de tous les agents de santé à base communautaire dans chaque AdS de DS.	1	05/2015
Assurer que chaque village dispose d'au moins un ou deux agents de santé à base communautaire (ASBC) dynamiques, dont une femme.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES Chefs coutumiers	Chaque village élit ou réélit ses ASBC, assurant qu'un de deux est une femme.	1 ASBC -homme et/ou 1 ASBC -femme par village.	05/2015
Renforcer les capacités techniques et interpersonnelles de chaque ASBC	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Chaque ASBC est dûment formé sur tous les aspects de	1-2 séances de formation/recyclage par AdS.	06/2015 – 07/2015 (recyclage après 6 mois, le cas

RECOMMANDATION 3: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les agents de santé à base communautaire afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
(nouveau élu ou maintenu) à travers des séances de formation/ recyclage dans chaque AdS.		ICP COGES	sa fonction, y compris le bénévolat pour le bien de sa communauté.		échéant)
Doter chaque ASBC du matériel nécessaire (MUAC, jetons de référencement, brochure illustrée des messages clés harmonisés, etc.) afin de permettre l'exécution régulière de ses tâches et responsabilités.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Chaque ASBC dispose du matériel nécessaire pour effectuer son travail.	1 MUAC par ASBC jetons de référencement 1 brochure illustrée des messages clés harmonisés	06/2015 – 07/2015
Assurer le dépistage mensuel dans chaque village de la zone de responsabilité de DS.	Insuffisances dans le réseau des ASBC	ASBC <i>Supervisé par:</i> ICP COGES PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Existence d'un calendrier de dépistage trimestriel élaboré lors d'une réunion de coordination au niveau de chaque CSPS.	1 par AdS	à partir de 06/2015
Assurer l'organisation de deux séances de sensibilisation mensuelles dans chaque village de la zone de responsabilité de la DS - une assurée par l'ASBC-homme destinée à la population masculine du village et une assurée par l'ASBC-femme et/ou CEN, le cas échéant, destinée à la population féminine du village (y compris les jeunes femmes et grand-mères).	* Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires * Non-implication des pères	ASBC <i>Supervisé par:</i> ICP COGES PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Existence d'un calendrier de la sensibilisation trimestriel élaboré lors d'une réunion de coordination au niveau de chaque CSPS.	1 par AdS	à partir de 06/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les agents de santé à base communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Cartographier tous les personnages clés dans chaque AdS, notamment: les chefs coutumiers (CC),	* Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL	Cartographie exhaustive de tous les personnages clés dans chaque AdS de DS.	1	05/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les agents de santé à base communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
autorités religieuses (AR), guérisseurs traditionnels (GT), enseignants (E), organisations à base communautaire (OBC), cellules d'éducation nutritionnelles (CEN) et/ou autres intervenants influents.	malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires * Non-implication des pères	<i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>			
Organiser les réunions de sensibilisation avec les chefs coutumiers (CC) dans chaque AdS, faisant un plaidoyer, entre autres, pour leur appui des ASBC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux (avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes).	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Réunions de sensibilisation avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	06/2015 – 07/2015
Doter chaque chef coutumier (CC) d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ProgettoMondo MLAL	Chaque CC dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par CC	06/2015 – 07/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les chefs coutumiers (CC) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES	Echanges d'expériences avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	12/2015 – 01/2016
Organiser les réunions de sensibilisation avec les autorités religieuses (AR) dans chaque AdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur appui des ASBC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois (avec un accent particulier	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Réunions de sensibilisation avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	06/2015 – 07/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les agents de santé à base communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
sur la sensibilisation des hommes).					
Doter chaque autorité religieuse (AR) d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ProgettoMondo MLAL	Chaque AR dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par AR	06/2015 – 07/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les autorités religieuses (AR) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES	Echanges d'expériences avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	12/2015 – 01/2016
Organiser les réunions de sensibilisation avec les guérisseurs traditionnels (GT) dans chaque AdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur participation active dans le référencement des enfants malnutris lors des visites chez eux et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES	Réunions de sensibilisation avec GT planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	07/2015 – 08/2015
Doter chaque guérisseur traditionnel (GT) d'un MUAC, jetons de référencement et brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de les motiver d'assister au référencement des enfants malnutris.	Idem.	ProgettoMondo MLAL	Chaque GT dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par GT/AT	07/2015 – 08/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les guérisseurs traditionnels (GT) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES	Echanges d'expériences avec GT planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	01/2016 – 02/2016
Organiser les réunions de sensibilisation avec les enseignants (E), organisations à base	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Réunions de sensibilisation avec E, OBC et autres personnes influentes planifiées,	1-2 par AdS	08/2015 – 09/2015



RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les agents de santé à base communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
communautaire (OBC) et autres personnes influentes dans chaque AdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur appui des ASBC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois.		COGES	organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)		
Doter chaque enseignant (E), organisation à base communautaire (OBC) et autre personne influente d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ProgettoMondo MLAL	Chaque E, OBC et autre personne influente dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par E, OBC et autre personne influente	08/2015 – 09/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les enseignants (E), organisations à base communautaire (OBC) et autres personnes influentes afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL IT COGES	Echanges d'expériences avec E, OBC et autres personnes influentes planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux etc.)	1-2 par AdS	02/2016 – 03/2016
Doter chaque cellule d'éducation nutritionnelle (CEN) des MUAC, jetons de référencement et brochures illustrées des messages clés harmonisés afin de les permettre d'assister activement au référencement des enfants malnutris/ sensibilisation de la population.	Idem.	ProgettoMondo MLAL	Chaque CEN dispose des MUAC, jetons de référencement et brochures illustrées des messages clés harmonisés.	1 par chaque membre CEN	06/2015 – 07/2015
Identifier les personnes modèles (mères/pères des enfants guéris) et les motiver de s'engager dans les activités de sensibilisation et/ou référencement, faisant le plaidoyer, entre autres, sur l'importance de leur témoignage.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP COGES ASBC	Répertoire des personnes modèles par AdS complété par un calendrier de leur intervention auprès la population et/ou des mentions écrites de leur participation active dans les activités organisées.	10 par AdS 1 témoignage par mois par personne modèle	à partir de 05/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les agents de santé à base communautaire

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Organiser les événements spéciaux liés aux festivités locales et/ou journées mondiales liées aux différents aspects de la malnutrition, s'appuyant sur les groupes théâtraux/musicaux ou autres afin de sensibiliser la population à la plus grande échelle (veiller à la bonne accessibilité dans la zone).	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL Groupes théâtraux/musicaux OBC <i>Avec l'appui de:</i> ICP, COGES, ASBC, CC/OBC/AR/E	Evènements spéciaux planifiés, organisés et dûment documentés (calendrier de planification, procès-verbaux des réunions de planification, procès-verbaux des événements spéciaux, etc.)	1 fois par an par AdS	06/2015 – 06/2016 (calendrier des événements spéciaux validé en 05/2015)
Organiser les émissions de radio sur une variété des thèmes liées à la malnutrition, y compris ses causes sous-jacentes, se reposant sur un répertoire des croyances locales.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL Radio locale <i>Avec l'appui de:</i> ICP, COGES, ASBC, CC/OBC/AR/E	Émissions de radio planifiées, organisés et dûment documentés (calendrier de planification, scripts, etc.)	1 fois par mois	06/2015 – 12/2015 (calendrier des émissions de radio validé en 05/2015)

RECOMMANDATION 5: Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Développer et mettre en place une base des données permettant le suivi du déroulement des activités communautaires planifiées (i.e. sensibilisation, dépistage) détaillant, entre autres, les points suivants: * date * localité * noms des personnes responsables * nom du superviseur * nombre des F/H/E sensibilisés/dépistés * remarques générales et/ou questions particulières soulevées	* Insuffisances dans le réseau des ASBC * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Recours aux soins traditionnels * Croyances culturelles et tabous alimentaires * Non-implication des pères	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Base des données développée et mise en place.	1	05/2015
Organiser les réunions de planification mensuelles afin de suivre et évaluer la	Idem.	PF MC DS Sindou et/ou ProgettoMondo MLAL	Les activités communautaires sont témoignées par l'un des	min. 75%	à partir de 06/2015

**RECOMMANDATION 5: Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)**

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
réalisation des activités communautaires (i.e. sensibilisation, dépistage)		ICP COGES	suivants : PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL COGES CC/OBC/AR/E et dûment documentées dans la base des données.		
Informers les personnes impliquées sur leurs responsabilités de supervision au moins une semaine d'avance.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL ICP	Toutes les personnes impliquées sont dûment informées et confirment leur disponibilité.	100%	à partir de 06/2015
Chaque visite de terrain est accompagnée par une courte visite auprès les personnes influentes afin d'encourager un dialogue constant avec les communautés hôtes et de permettre aux partenaires de réagir ponctuellement aux défis éventuels.	Idem.	PF MC DS Sindou ProgettoMondo MLAL COGES CC/OBC/AR/E	Chaque visite auprès les personnes influentes est dûment documentée dans la base des données, y compris leurs remarques clés.	100%	à partir de 06/2015



ANNEXES

ANNEXE 1: EQUIPE D'INVESTIGATION

Nom	Sexe	Position
Lenka Blanárová	F	<i>Conseillère en Mobilisation Communautaire, CMN</i>
Tounaba Boukary Belem	M	<i>Coordinateur Médico-Nutritionnel, ProgettoMondo MLAL</i>
Joseph Bouma Neya	M	<i>Chargé de suivi-évaluation, ProgettoMondo MLAL</i>
Mamadou Traoré	M	<i>Chargé de projet, ProgettoMondo MLAL</i>
Salimata Doussa Zango	F	<i>Chargé de projet, ProgettoMondo MLAL</i>
Rosalie Midjour Zongo	F	<i>Chargé de projet, ProgettoMondo MLAL</i>
Bassirou Doussa	M	<i>Chargé de suivi-évaluation, ProgettoMondo MLAL</i>
Daniel Yameogo	M	<i>Adjoint responsable, Cellule d'Information sanitaire et de surveillance épidémiologique, DRS Cascades</i>
Gon Woro	M	<i>Point focal nutrition , DS Sindou</i>
Moussa Yarbanga	M	<i>Service de l'Information, Education, Communication et de l'Assainissement, DS Banfora</i>
Sié Placide Da	M	<i>Point focal nutrition, DS Mangodara</i>
Ini Claudine Da	F	<i>Enquêteur</i>
Adama Coulibaly	M	<i>Enquêteur</i>
Joseph Yannick Batieno	M	<i>Enquêteur</i>
Animata Karama	F	<i>Enquêteur</i>
Denise Bengaly	F	<i>Enquêteur</i>

**ANNEXE 2: CHRONOGRAMME DE LA FORMATION ET L'INVESTIGATION**

Jour	Date	Activité
1	28 Janvier 2015	<i>Arrivée à Ouagadougou (BF)</i>
2	29 Janvier 2015	<i>Déplacement à Banfora, Région des Cascades (BF)</i>
3 - 5	30 Janvier – 1 Février 2015	<i>Préparation et encadrement de l'étude EDC</i>
6	2 Février 2015	<i>Formation en méthodologie EDC</i>
7 -10	3 – 6 Février 2015	<i>Collecte et saisie des données qualitatives</i>
11	7 Février 2015	<i>Restitution et analyse des résultats préliminaires</i>
12	8 Février 2015	<i>Déplacement à Ouagadougou (BF)</i>
14	10 Février 2015	<i>Départ d'Ouagadougou (BF)</i>
21 - 24	17 – 20 Février 2015	<i>Analyse des données qualitatives Préparation du rapport EDC</i>



ANNEXE 3: MATRICE D'ECHANTILLONAGE

AdS	H	F	A-SAM ^H	A-SAM ^F	E	COGES	GT	AR	CC	OBC	ASBC	CEN	CSPS	DS	MLAL
Sindou (C)				1 ESD									1 ESD+O	4 ESD	3 ESD
Konadougou	1 DdG							1 ESD							
Tourny							1 ESD					1 DdG			
Loumana (C)				1 DdG						1 DdG					
Baguera								1 ESD					1 DdG		
Kafina			1 ESD								1 DdG				
Kangoura		1 DdG				1 ESD									
Negueni	1 DdG				1 ESD										
Niansogoni							1 ESD					1 DdG			
Zeguedougou									1 DdG				1 ESD+O		
Niankorodougou (C)				1 ESD						1 DdG					
Fourkoura			1 ESD				1 ESD								
Kawolo	1 DdG										1 ESD				
Nerfindougou		1 DdG											1 ESD+O		
Zegnedougou								1 ESD				1 ESD			
Dakoro (C)									1 ESD				1 DdG		
Kankalaba (C)		1 DdG					1 ESD								
Bougoula								1 ESD		1 DdG					
Kaniagara			1 ESD										1 ESD+O		
Oueleni (C)		1 DdG							1 DdG						
Kobadah				1 ESD									1 DdG		
Outila					1 ESD							1 ESD			
Sarkandiala				1 DdG		1 ESD									
Tenakourou			1 DdG								1 DdG				
Douna (C)		1 DdG									1 DdG				
Manena				1 ESD					1 ESD						
Wolonkoto C					1 ESD					1 DdG					
Malon				1 DdG									1 ESD+O		
TOTAL	3	5	4	7	3	2	4	4	4	4	4	4	8	4	3

**ANNEXE 4: SOMMAIRE DES INFORMATEURS CLÉS**

Informateur clé	No. entretiens	No. personnes interrogées	Ethnies
Hommes	2	6	SE, WA
Femmes	4	19	PE, SE, TU
Jeunes hommes (garçons)	1	3	SE
Jeunes femmes (filles)	1	3	BL
Accompagnants MAS (F)	7	7	DO, MO, SE, TO, TU
Accompagnants MAS (H)	4	4	DO, SA, SE
Enseignant(e)s / Maitres communautaires	3	3H	DA, KO, TU
Guérisseurs traditionnels	4	4	DO, SE, TU, WA
Autorités religieuses	4	4	SE
Chefs coutumiers	4	4	SE, TU
OBC / CVD	4	13H+6F	SE, TU
Agents de sante à base communautaire	4	3F, 7H	PE, SE, TU
Cellules d'Education Nutritionnelle	4	6F	SE, TU, WA
COGES	2	1F, 1H	SE
Personnel CSPS	8	4F, 7H	BW, DA, GO, MO, SE, SI
Equipe Cadre du DS	4	4	
ONG	3	3	
TOTAL	63	112* * dont 51 F + 61 H	



ANNEXE 5: GUIDES D'ENTRETIEN

(dossier séparé)