

**Centre Africain d'Études supérieures en
Gestion**



CESAG-SANTE

**MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION
(MBA)-GESTION DES SERVICES DE SANTE
(GSS)**

**OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE
SANTE (GPS)**

Année 2015-2016 /26ème promotion



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU MBA

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX
ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA
MALNUTRITION DANS LA REGION DE
SIKASSO AU MALI**

Présenté par

Dr Aoua Kamissa Zakaria TRAORE

Médecin

JURY:

PRESIDENT: Gilbert BOSSA

MEMBRE: Dr Khady SECK

Sous la direction du Dr Mamadou BA,

Professeur en Gestion des Programmes

au CESAG

26 novembre 2016

DEDICACE

Nous rendons grâce à Allah, louange et miséricordieux Dieu Tout Puissant de m'avoir permis d'entreprendre et de venir à bout de cette formation.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Mon très cher époux Bassirou TRAORE, pour sa patience, ses sacrifices, son soutien indéfectible et sans faille tant moral que financier durant toute cette période de ma formation. Que Dieu te bénisse et apaise notre union avec un lendemain meilleur, ce travail te revient.

A mon défunt père Zakaria TRAORE in memoriam. Reposez en paix dans la grâce du Tout Puissant et le plus Miséricordieux. Je suis en train de suivre le chemin que tu m'as montré quand tu étais en vie.

A ma mère Fatimata Bintou Koné pour votre soutien moral et financier, je ne saurais passer sans vous dire merci pour votre soutien moral et financier.

A mes Oncles Ismaël Samba TRAORE et Djibril TRAORE pour les bénédictions, soutien moral et financier.

A ma belle-mère Safiatou BA et à toute la famille Kane de DAKAR qui m'ont accueilli et soutenu durant tout le séjour de DAKAR.

A mon oncle Adama Koné et sa famille pour le soutien financier et moral.

A mes enfants Pinda, Mariam et Ismaël pour votre patience durant mon absence ;
Soyez assurés pour les sentiments et l'amour que j'ai pour vous. Ce travail est pour vous un exemple à suivre ;

A toutes ces femmes battantes du MALI, en particulier Feue Fatoumata Siré DIAKITE qui s'est battue pour la cause des femmes ;

Au corps professoral du département CESAG-SANTE pour la qualité et la richesse de l'enseignement dispensé ;

Au Chef de Département CESAG-Santé, Dr El Hadji GUEYE, pour la qualité de l'enseignement reçu ;

Au Docteur Mamadou Ba enseignant associé au CESAG. Malgré vos multiples préoccupations vous avez bien voulu nous encadrer pour la réalisation de ce travail. Votre rigueur au travail et votre ouverture d'esprit nous ont beaucoup marqué. Soyez en honoré.

Aux honorables membres du jury : Dr Khady SEC et M. Gilbert BOSSA d'avoir accepté de juger ce travail et d'apporter des corrections d'améliorations.

Au Dr Malick NIANG enseignant associé au CESAG pour votre contribution ;

Au personnel du département santé : Mme DIOP Marieme N'DIAYE, Mme GUEYE Soukeyna Gueye, M. GUIDE Yao pour les sacrifices abattus en notre faveur ;

Au Parain des maliens du CESAG M. Amadou TRAORE enseignant au CESAG pour l'orientation et l'encadrement durant l'année de stage ;

A toute la 26^{ème} promotion de CESAG SANTE pour la bonne collaboration ;

A mon groupe de travail en occurrence Dr Fatoumata Binta Diallo, Mr Papa Khalil Faye et Ousmane Diallo ;

A tous les étudiants et stagiaires maliens qui sont à DAKAR ;

A tout le Personnel de la Direction Régionale de la Santé de Sikasso ;

A tout le personnel du CSRef de Sikasso pour les encouragements ;

Au Dr ADAMA BARIDJAN DIAKITE Directeur Régional de la santé de Ségou et ancien du CESAG pour le soutien et l'encouragement ;

A tous les anciens du CESAG qui sont dans la Région de Sikasso notamment DR Dramane TRAORE, DR BARRY Djibril, DR Dramane Daba SANOGO, MR Brehima SYMPARA pour les conseils, l'orientation ;

Au Docteur Kassimou Falibo DIARRA pour les conseils et l'encadrement ;

Au personnel du bureau UNICEF SIKASSO particulièrement à M. Bienfait, Dr Marietta MOUNKORO et Dr Mariam KONANDJI pour votre bonne collaboration ;

A Mon Dr Issa GUINDO médecin chef du district sanitaire de Sikasso et son Staff merci vivement pour votre bonne collaboration et la spontanéité à laquelle vous avez répondu à notre demande ;

A Sindjougou GUIRO Directeur technique du Centre de Santé Communautaire de Pimpèrna et son personnel pour votre disponibilité ;

Aux membres de l'ASACO, la Mairie, aux Agents de Santé Communautaire, aux relais, aux leaders communautaires et aux femmes de l'aire de santé de Pimpèrna pour leur disponibilité ;

Au DTC du CSCOM de Sanoubougou1 Mme Fatoumata TRAORE et à son personnel pour votre disponibilité lors de la phase test;

Au personnel du projet PNH de US AID Save the Children pour votre collaboration particulièrement Dr Savaogo et Bassary Kaloga pour votre disponibilité ;

A mes compatriotes Dr DIARRA Lassana, Dr Safouna DIAKITE, Ousmane Diallo, Astan DJIRE, Dr Nouhoum DIALLO, Dr Alpha TOURE pour la collaboration durant le séjour ;

A mes beaux-frères et belles sœurs Pape SY et Bassirou Kane SY de Dakar, Mme Diop Habibatou KANE, Fatoumata KANE et Pindourou SY, Kotiary Ly, Fariidah TRAORE pour l'accueil et le soutien durant toute la formation ;

A mes frères Mamadou Lamine, Cheik, Abdramane, Allassane, Badra Alou, Habib et Ahmadou Z, Samba Lamine TRAORE pour les soutiens et encouragements ;

A mes sœurs Niamoye, Mastan, Maria, Maimouna, Minian pour les encouragements et soutiens

A Dr Aminata Goita pour les encouragements

A tous mes neveux et nièces ce travail est un exemple pour vous ;

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
SOMMAIRE	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	4
1. Analyse de l'environnement.....	4
1.1 Analyse de l'environnement externe : le Mali.....	4
1.2 Analyse de l'environnement interne	12
1.3 Synthèse de l'environnement (Forces, Faiblesses, Menaces Opportunités) du CSCOM.....	22
1.4 Identification des problèmes et leur priorisation	24
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	27
2.1 Problématique	27
2.2 Intérêt Justification de l'étude :	30
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	40
3.1 Type d'étude	40
3.2 Population de l'étude	40
3.3 Méthode de collecte des données.....	41
3.4 Déroulement de l'étude.....	42
3.5 Dépouillement et traitement des données :	42
3.6 Difficultés et limites de l'étude.....	43
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS.....	44

4.1	Description de la population d'étude.....	44
4.1.1	Répartition de la population d'étude selon la catégorie.....	44
4.1.2	Caractéristiques des mères d'enfants.....	45
4.1.3	Les activités menées par les mamans leaders, les relais communautaires et les ASC	47
4.2	Processus de participation communautaire.....	49
4.2.1	Rôle et Responsabilités des acteurs communautaires.....	49
4.2.2	L'organisation de la prise en charge communautaire.....	51
4.3	Le niveau de participation communautaire.....	52
4.4	Exploitation de la revue documentaire :.....	56
CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET PRIORISATION		58
5.1	Présentation des outils : [4, 3].....	58
5.2	Indentification des causes.....	59
5.3	Analyse des causes du problème.....	60
5.4	Hierarchisation des causes :.....	62
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....		63
6.1	Identification des solutions.....	63
6.1.1	Solutions selon la littérature.....	63
6.1.2	Les solutions selon notre étude.....	63
6.2	Priorisation des solutions retenues.....	64
CHAPITRE VII : PROJET DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.		65
7.1	Justification du choix de la solution.....	65
7.2	Objectifs du projet :.....	65
7.3	Arbre des objectifs.....	66
7.4	Cadre logique.....	66
7.5	Plan d'action.....	71

7.6	Budget.....	73
7.7	Plan de suivi et évaluation.....	75
7.7.1	Cadre logique de suivi et évaluation.....	75
7.7.2	Indicateurs par niveau.....	76
RECOMMANDATIONS :		80
BIBLIOGRAPHIE :		83
ANNEXE		i

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Liste des villages de l'aire de Santé de Pimperna	21
Tableau II : Information sur les villages et sites communautaires	22
Tableau III : Priorisation des problèmes recensés	25
Tableau IV : Indicateurs d'appréciation de la grille de BICHMAN.....	36
Tableau V : Le déroulement et le chronogramme de l'étude	42
Tableau VI Répartition de la population d'étude selon la catégorie et la fonction.....	44
Tableau VII: Résultat de la revue documentaire	56
Tableau VIII Outils et périodes d'utilisation	59
Tableau IX Priorisation des causes recensées.....	62
Tableau X Priorisation des solutions retenues	64
Tableau XI : Cadre logique des solutions retenues	67
Tableau XII: Plan d'action.....	71
Tableau XIII: Budget.....	73
Tableau XIV: Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan d'action	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Mali	6
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali	8
Figure 3 : Carte sanitaire du District sanitaire de Sikasso.....	16
Figure 4 : Organigramme de fonction du CSCOM	19
Figure 5 Prévalence de la Malnutrition en fonction des régions du Mali	29
Figure 6 : Schéma du cadre conceptuel de la malnutrition	35
Figure 7 : Le niveau d'éducation des mères d'enfants malnutris	45
Figure 8: L'occupation des mères d'enfants dans la communauté	46
Figure 9 : Les difficultés des mères d'enfants dans l'alimentation des enfants.....	46
Figure 10: Connaissance des mères d'enfants sur la malnutrition.....	47
Figure 11 : Les activités menées par les mamans leaders et relais communautaires.....	47
Figure 12 Visites à Domicile des relais chez les mères d'enfants malnutris	48
Figure 13 : Les activités menées par l'ASC	48
Figure 14 Visites à Domicile de l'ASC chez les mères d'enfants malnutris	49
Figure 15: Niveau de participation communautaire dans la lutte contre la malnutrition dans l'aire de santé de Pimperna (Sikasso au Mali)	52
Figure 16 Diagramme ISHIKAWA	61
Figure 17 Arbre des Objectifs	66
Figure 18 le cadre logique de suivi et évaluation du projet.....	75

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC : Agent de Santé communautaire

ASACO : Association de Santé Communautaire

ANJE : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

AC : acteur communautaire de mise en œuvre (agent de santé communautaire (ASC), relais communautaires, maman leaders)

ATR : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CLP : Comité Local de Pilotage

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSReF : Centre de Santé de Référence

DTC : Directeur Technique du Centre

DV : Dépôt de Vente

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire

GSAN : Groupe de soutien aux activités de nutrition

MAM : Malnutrition Aigüe Modéré

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCIMA : Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe

PDDSS: Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PFE : Pratique Familiale Essentielle

PNH : Projet de nutrition Hygiène

ODD : Objectifs de Développement Durable

SMART: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

SEC: Soins Essentiel dans la communauté

UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'enfance

RMA : Rapport mensuel d'activités

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RESUME

Le Mali a adopté en Décembre 1990 la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP). Cette politique consiste à rendre les soins de qualité disponibles et accessibles, aux populations avec leur pleine participation dans la gestion de leurs problèmes de santé par la création des centres de santé communautaire [5]. En 2009 le gouvernement du Mali a initié un programme de santé communautaire dénommé Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) qui découle de la Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant. L'objectif de cette stratégie est de renforcer les soins de santé à fournir au niveau communautaire par la mise en place d'un Agent de Santé Communautaire (ASC) en plus du relais pour l'atteinte de l'ODD2 qui est « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable » [19].

Notre étude vise à contribuer à l'amélioration de la participation communautaire aux activités de nutrition dans l'aire de santé de Pimperna, district sanitaire de Sikasso au Mali. Plus spécifiquement, elle vise à évaluer le niveau de participation des différents acteurs communautaires et l'implication de la communauté aux activités de nutrition, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces activités enfin d'élaborer un plan de résolution de problèmes avec la communauté.

Pour mener cette étude, nous avons adopté la méthode de résolution des problèmes en utilisant le GANT pour la planification de toutes les activités, la grille de BICHMAN pour l'analyse du niveau de participation ; le diagramme ISHIKAWA pour l'analyse des causes liées aux difficultés rencontrées pour une bonne implication de la communauté afin d'élaborer un plan d'action que la communauté elle-même va suivre.

En termes de résultats, l'absence de groupe de soutien aux activités de nutrition (GSAN), la démotivation de l'ASC due au retard de salaire à cause du retrait des partenaires, la faible implication des élus locaux et leaders communautaires et les difficultés de mobilisation des femmes lors des activités de sensibilisation ont été les problèmes recensés. Ceci nous a permis d'élaborer un plan d'action en fonction des solutions envisagées par la communauté elle-même à travers une priorisation des différentes solutions retenues. Cette priorisation consiste à faire des séances de plaidoyers auprès des leaders communautaires et une formation et mise en place des GSAN et des sensibilisations et des démonstrations nutritionnelles pour la valorisation des aliments locaux.

Mots clés : santé, communauté, participation, activités, leaders communautaires, nutrition, résolution, problème, plaidoyer, sensibilisation.

INTRODUCTION

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Mali comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Selon la définition de l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (OMS, 1982).

La malnutrition résulte aussi bien d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction.

Elle est une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Les sujets vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Selon l'EDS-M V, le taux de mortalité infantile est de 56 pour 1000 naissances vivantes et celle de la mortalité infanto-juvénile est à 95 pour 1000 naissances vivantes pour le Mali. La région de Sikasso enregistre le taux de mortalité infanto-juvénile le plus élevé du pays avec 121 décès pour 1000 naissances vivantes [9]. Des études confirment que les comportements préjudiciables à la santé et en particulier à la malnutrition se mettent en place dans une large mesure par manque d'expérience et d'information. Depuis plusieurs années, les projets et programmes de nutrition ont mis sur place des stratégies permettant de promouvoir la participation des collectivités locales et des populations dans la lutte contre la malnutrition au Mali.

Considérée comme une excellente zone de production, voir un des greniers du Mali, la région de Sikasso affiche une situation paradoxale dont l'explication résiderait probablement dans les pratiques socio-culturelles néfastes de ses populations d'où l'importance de la participation communautaire à toutes les étapes du processus de lutte contre la malnutrition.

La comparaison de cette région aux autres régions maliennes permet de cerner les déterminants spécifiques des mauvais indicateurs nutritionnels observés chez les enfants. L'EDSM-V 2013 a rapporté une prévalence nationale de 12,7% de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) et de 5,1% de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS). Selon les résultats de la

même enquête, la malnutrition chronique demeure préoccupante avec une prévalence nationale de 38,3% et l'insuffisance pondérale à 25,5% [9]

Notre étude consiste à évaluer la participation communautaire dans les activités de nutrition dans l'aire de santé communautaire de Pimperna, district sanitaire de Sikasso au Mali.

Ce travail comprend trois parties. La première partie englobe l'analyse situationnelle et le cadre théorique suivie de la deuxième partie qui présente la méthodologie, les résultats de l'enquête et la troisième partie qui concerne l'analyse des causes, la priorisation des solutions, le plan de mise en œuvre et les recommandations issues de l'étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE
ANALYSE SITUATIONELLE
ET CADRE D'ETUDE THEORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

1. Analyse de l'environnement

Ce chapitre présente l'environnement externe qui décrit les caractéristiques socioéconomiques, géographique, démographique et sanitaire du Mali et l'environnement interne qui est le district sanitaire de Sikasso.

1.1 Analyse de l'environnement externe : le Mali

1.1.1 Généralité sur le Mali

1.1.1.1 Contexte géographique et démographique [5]

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés. Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord.

1.1.1.2 Contexte démographique et administrative [5]

La population a atteint les 17 309 001 habitants en 2014 selon les projections de la Direction Nationale de la Population du Mali (Ministère de la Santé du Mali, 2014). Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire. Les nomades représentent 0,92% de la population. Elle vit essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural. La densité du pays est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans (Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration du Mali, 2009).

Le Mali comprend dix régions administratives à savoir Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal, Taoudéni, Ménaka, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes

1.1.1.3 Situation socio-économique [5]

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. Le taux de croissance annuel moyen du PIB s'établit à 4,4% entre 2007 et 2011, bien loin de celui des 7% prévu par le CSCRП en 2011 (Rapport 2011 de mise en œuvre du CSCRП 2007-2011). Au cours de cette période, la structure du tissu économique était la suivante : secteur primaire 36,5%, secondaire 18,4% et tertiaire 38%. Bien qu'inférieur à la prévision de 6,5% du CSCRП, selon le même rapport, le taux de croissance du PIB de 4,5% observé en 2009 reste cependant supérieur à celui de la zone UEMOA. Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 175ème sur 187 pays en 2011.

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 47,4% en 2006 et à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165 431 FCFA par an. Selon la même source, la baisse enregistrée dans l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable au secteur rural (de 65% à 51%). Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

de suivi et évaluation, la coordination de tous les secteurs à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune au lieu d'une multitude de procédures.

La politique sectorielle de santé a été reconfirmée et consacrée par la loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé qui réprecise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ces principaux objectifs sont (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

- ✚ Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées: La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;
- ✚ La garantie de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- ✚ La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- ✚ La promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaire du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le gouvernement a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales aux niveaux communes et préfectures suivant le décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la politique nationale genre (2010).

1.1.2.2 L'organisation du système de santé au Mali [14]

Le système de santé du Mali est pyramidal, c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit :



Figure 2 : Pyramide sanitaire du Mali

Source : Ministère de la santé et de l'hygiène publique.2010

Les niveaux de prise en charge des populations sont au nombre de quatre avec trois niveau de références (Centre de Santé de Référence, Hôpital Régional et Hôpital National)

❖ Centre de Santé Communautaire (CSCOM)

Le CSCOM ainsi que les infirmeries/dispensaires de soins sont les premiers niveaux de contact des services de santé avec la population.

Avec 1204 CSCOM [10], ce niveau offre le Paquet Minimum d'Activité (PMA) constitué de soins curatifs, préventifs, promotionnels et la gestion. En cas de complications, il réfère les patients au CSRéf avec un traitement de pré transfert.

IL coordonne et supervise toutes les activités des sites communautaires ou sites ASC.

A ce niveau l'accent est mis sur la prévention à travers le suivi et la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE), la détection précoce des maladies le traitement des enfants de 0à 5ans, la planification familiale la référence des cas graves aux CSRef.

Tous les cas graves sont référés au CSRef après un traitement pré transfert.

❖ Centre de Santé de Référence (CSRef)

Le CSRef est le deuxième niveau de contact des services de santé avec la population. Il prend en charge les cas graves avec complications référés des CSCOM et autres formations sanitaires de premier niveau ou les cas reçus directement. Il est aussi utilisé comme centre de premier niveau en pratique et assure par conséquent la prise en charge de certains cas simple.

Tous les CSRef (63 en 2014) sont dotés de bloc opératoire pour la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et autres (annuaire statistique du Ministère de la Santé du Mali, 2014). En cas de survenue de complications majeures qui ne peuvent pas être prise en charge au CSRef, les patients sont référés vers les hôpitaux.

❖ Hôpitaux

L'hôpital est le troisième niveau de contact des services de santé avec la population.

Il prend en charge les cas simples, graves et toutes les complications qui ne peuvent pas être prise en charge au CSRef.

Les hôpitaux sont répartis en hôpital régional ou hôpital de deuxième référence (dans les capitales régionales) et en hôpital national ou hôpital de troisième référence (principalement à Bamako). Ils sont dotés de technologie de pointe permettant de prendre en charge la plupart des cas référés.

Les structures de soins privées (privé lucratif et non lucratif) fournissent aussi des soins de santé à tous les échelons sauf le niveau communautaire.

1.1.3 La politique nationale de nutrition au mali [15]

➤ Vision et objectifs

La vision de la politique Nationale de Nutrition est d'assurer le droit à une nutrition adéquate à la population malienne toute entière en vue de satisfaire son bien-être et garantir un développement national durable.

L'objectif général de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) est de contribuer à assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national.

Les objectifs spécifiques ci-après listés sont ciblés d'ici 2021:

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire;
- Réduire de deux tiers la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire (6 à 14 ans);
- Éliminer durablement les troubles liés aux carences en micronutriments (iode, fer, zinc et vitamine A);
- Réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie chez les enfants de 0 à 5 ans, d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer ;
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle de la grossesse et du post-partum ;
- Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à l'alimentation et à la nutrition ;
- Assurer un accès durable à une alimentation adéquate pour toute la population, en particulier pour les personnes vivant dans les zones d'insécurité alimentaire et nutritionnelle et les groupes à risque (personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose et les personnes âgées etc.).

Les stratégies de la politique de nutrition au mali

➤ Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant

Il s'agira d'assurer la prise en charge globale de l'enfant, à travers l'adaptation des courbes de croissance avec les nouvelles normes. Les enfants qui présentent des formes de malnutrition seront pris en charge selon le protocole national. Dans le cas de la malnutrition aiguë, il s'agira d'assurer la prise en charge correcte d'au moins 70% d'enfants atteints de malnutrition aiguë par an dans les formations sanitaires et au niveau communautaire dans toutes les régions.

➤ **Alimentation du nourrisson et du jeune Enfant**

Les pratiques inappropriées de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant sont parmi les obstacles majeurs au maintien d'un état nutritionnel adéquat et contribuent à l'élévation du niveau de la malnutrition au Mali. C'est pourquoi, une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune a été adoptée en 2006 (20).

Les résultats attendus : (1) Porter et maintenir à au moins 80%, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois dans toutes les régions ; (2) Augmenter de 50% le nombre d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimal acceptable en termes de fréquence et de diversité.

➤ **Lutte contre les carences en micronutriments**

L'apport adéquat en micronutriments particulièrement en fer, vitamine A, iode et zinc de la conception à l'âge de 24 mois est essentiel pour la croissance et le développement de l'enfant.

➤ **Prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation**

L'adoption de la politique nationale et du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles et leur mise en œuvre sont des priorités. Dans ce cadre, (i) l'étude de l'ampleur de ces problèmes et la prévention à travers la communication pour le développement seront soutenues. En plus de la prise en compte de ces besoins dans les enquêtes périodiques d'envergure nationale, (ii) le dépistage sera renforcé pour une meilleure prise en charge. (iii) La promotion de bonnes habitudes alimentaires et de modes de vie sains sera aussi soutenue.

➤ **Nutrition scolaire**

La malnutrition a des répercussions néfastes sur les performances scolaires. C'est pourquoi l'enfant d'âge scolaire est une cible prioritaire, dans le cadre du continuum de soins nutritionnels, d'amélioration des conditions des individus, des familles et des sociétés.

➤ **Production alimentaire familiale à petite échelle et transferts sociaux**

Le secteur rural demeure l'un des secteurs les plus importants du développement socioéconomique du Mali. La prise en compte des spécificités des communes urbaines et pastorales en insécurité alimentaire sera assurée.

➤ **Communication pour le Développement (CPD)**

La Stratégie de Communication pour le Développement en nutrition doit permettre de promouvoir des comportements individuels positifs et le changement social ciblant des pratiques appropriées de nutrition maternelle, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de prévention et de recherche des soins pour les enfants malades. Elle est une composante

stratégique d'appui majeure pour la mise en œuvre du plan d'action intersectoriel de la nutrition au Mali.

Dans le cadre de la présente politique, les résultats suivants seront recherchés sur la base de la stratégie nationale de communication pour la nutrition : i) créer une prise de conscience publique des problèmes liés à la nutrition, ii) influencer les attitudes et les comportements de ceux qui ont un impact sur les facteurs comportementaux et environnementaux de la nutrition,

1.2 Analyse de l'environnement interne

1.2.1 Région de Sikasso [5]

La région de Sikasso est la troisième région administrative du Mali. Elle s'étend sur 71 790 Km² (5,8 % du territoire national). Sa capitale est la ville de Sikasso.

Située dans l'extrême Sud du Mali, la région de Sikasso est limitée au Nord-Ouest par la région de Koulikoro, au Nord-Est par la région de Ségou, à l'Est par le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et à l'Ouest par la Guinée.

Le relief est constitué de collines, de montagnes au sud, et de vallées et de plaines au centre et au Nord. Le massif du Kéné Dougou culmine à 800 m.

La région de Sikasso constitue une partie du bassin versant du Haut Niger. Elle est traversée par de nombreux cours d'eau, affluents du fleuve Niger : le Sankarani au Nord qui collecte les eaux et les déverse dans le Niger en amont de Bamako et le Bani au sud qui rejoint le Niger à Mopti après avoir collecté les eaux du Baoulé, du Bagoé et du Banifing.

Le climat est de type tropical soudanien, subdivisé en deux ensembles climatiques : la zone soudanienne humide et la zone guinéenne. C'est la région la plus humide du Mali et la plus arrosée (700 à 1 500 mm/an). La température moyenne annuelle est de 27 °C.

La région compte 2 625 919 habitants en 2009 ; les femmes représentent 50,6 % de la population.

La population est composée essentiellement de Senoufos (Sikasso), de Miniankas (Koutiala), de Peuls (Wassoulou et Ganadougou) et de Samoghos (Kadiolo) de Bambara (Bougouni) etc. Cependant, à cause de ses conditions agricoles favorables, Sikasso reçoit aujourd'hui de nombreuses autres ethnies en provenance d'autres régions du pays (Dogon, Songhaï, etc.).

Les langues parlées en plus du Bamabara qui est la langue usuelle sont le Miniankas, le Senoufo, et le Bwa ou le Bobo, et le Français (langue officielle).

La région est desservie par l'Aéroport international de Sikasso. Le réseau routier principal permet la liaison Bamako-Bougouni-Sikasso et Bla-Koutiala-Sikasso et la frontière ivoirienne et du Burkina Faso.

La clémence du climat et la fertilité des sols font de la région « le grenier » du Mali. Les productions agricoles sont en effet importantes : céréales et fruits (notamment les mangues). La culture du coton (1^{er} produit d'exportation du pays) est particulièrement développée (deux tiers de la production malienne). La culture du thé a été développée dernièrement.

Le sous-sol est riche en minerais lithium, or (mines de Morila, Kalana, Siama), aluminium, nickel, diamant.

La région de Sikasso est la deuxième région industrielle du Mali, après Bamako.

Située au carrefour des pays côtiers, notamment de la Côte d'Ivoire et des pays enclavés (Mali et Burkina Faso), la région a profité des transferts de marchandises mais a subi les contrechocs de la guerre civile de Côte d'Ivoire.

La région compte dix (10) districts sanitaires à savoir : Sikasso, Koutiala, Kadiolo, Kolondièba, Kignan, Yorosso, Bougouni, Selingué, Yanfolila, Niena.

1.2.2 Le district sanitaire de Sikasso

Le District sanitaire compte 45 aires de santé dont 39 sont fonctionnelles en 2015. Dans chaque aire de santé il y a un CSCOM et des Sites SEC où l'ASC exerce ces fonctions au profit de la communauté.

Le centre de santé de référence est la structure de santé du chef-lieu du district sanitaire de Sikasso ; il assure les fonctions de première référence technique au niveau de l'Hôpital de District et de santé publique (coordination locale déconcentrée) telle que définies dans la politique sectorielle de santé.

1.2.2.1 Situation géographique et administrative du cercle de Sikasso

Le district de Sikasso situé dans le cercle de Sikasso, est limité :

 à l'Est par la République de Burkina Faso,

- ✚ à l'Ouest par le district sanitaire de Bougouni,
- ✚ au Nord par les districts sanitaires de Kignan et Koutiala,
- ✚ au Sud par les districts de Kadiolo et Kolondiéba.

Dans l'ensemble le relief du cercle de Sikasso est faiblement accidenté. L'altitude moyenne varie entre 350 et 400m. Collines ou buttes et bas-fonds alternent avec une forte dominance de cuirasses latéritiques sur les sommets.

Le climat est de type tropical humide ou climat Soudanien avec une alternative saisonnière bien marquée : une saison des pluies de Mai à Octobre et une saison sèche de Novembre à Avril. La pluviométrie moyenne se situe au tour de 1000 mm /an. Mais des irrégularités existent, des années favorables peuvent enregistrer 1200 mm tandis que pendant les années de sécheresse, les hauteurs de pluies tournent autour de 900 mm.

La végétation est composée surtout de forêts claires, de savanes boisées, arbustives et herbeuses.

Le District sanitaire de Sikasso couvre une superficie de 16246 km² et couvre une population de 709691 habitants en 2013.

1.2.2.2 Les caractéristiques économiques

Elle dispose de grandes potentialités dans le domaine de l'agriculture, l'élevage, de la pêche. L'exploitation par la population de ces ressources a engendré des activités économiques diverses dans tous les secteurs de l'économie du cercle notamment :

Le cercle de Sikasso est une zone de production des céréales sèche, des tubercules et du coton. La pluviométrie est très favorable à la production de ces cultures sur l'étendue de tout le cercle.

L'élevage est de plus en plus développé dans le cercle. Sikasso est la plus première région d'élevage du Mali par le nombre d'animaux.

De nombreux cours d'eaux (Sankarani, Bagoé et Banifing) arrosent la région. La pêche se fait traditionnellement sur les fleuves, rivières et mares.

Une superficie d'environ cinq millions d'hectares soit 70% de la superficie de la région est réservé au domaine forestier qui compte 26 forêts classées.

Les industries sont représentées par les usines d'égrenage de coton de la CMDT, les huileries et les savonneries qui offrent de l'huile de qualité et en quantité insuffisante.

Au point de vue de sa situation frontalière avec le Burkina Faso, le commerce est une activité très développée à Sikasso.

Le cercle de Sikasso joue un très grand rôle en matière d'échanges extérieures au Mali et exporte ainsi beaucoup de produits agricoles et d'élevage ; cependant il importe aussi des produits alimentaires, des matériaux de construction, des produits pharmaceutiques, des équipements agricoles et des semences de pommes de terre.

1.2.2.3 Les caractéristiques démographiques et socioculturelles

La population du District est de 709 691 habitants en 2012 (4ème RGPH 2009), avec une densité de 41,22 habitants au km². Les ethnies dominantes sont : les Sénoufo, les Minianka les Bambara et les peulh.

Le cercle de Sikasso couvre une superficie de 19.340 km²

La ville de Sikasso est située à 380 km du district de Bamako sur l'axe Bamako-Zégoua (route nationale n°7).

Les langues de liaison les plus répandues sont le bambara et le senoufo.

La population de Sikasso est constituée à plus de 80% de ruraux et pratique comme activités principales, l'agriculture, le commerce, la pêche et la foresterie.

Elle est sédentaire dans son ensemble malgré quelques vagues de migration temporaires en direction de Bamako, Ségou et Côte d'Ivoire. Trois croyances dominent le paysage religieux : l'islam, le christianisme et l'animisme.

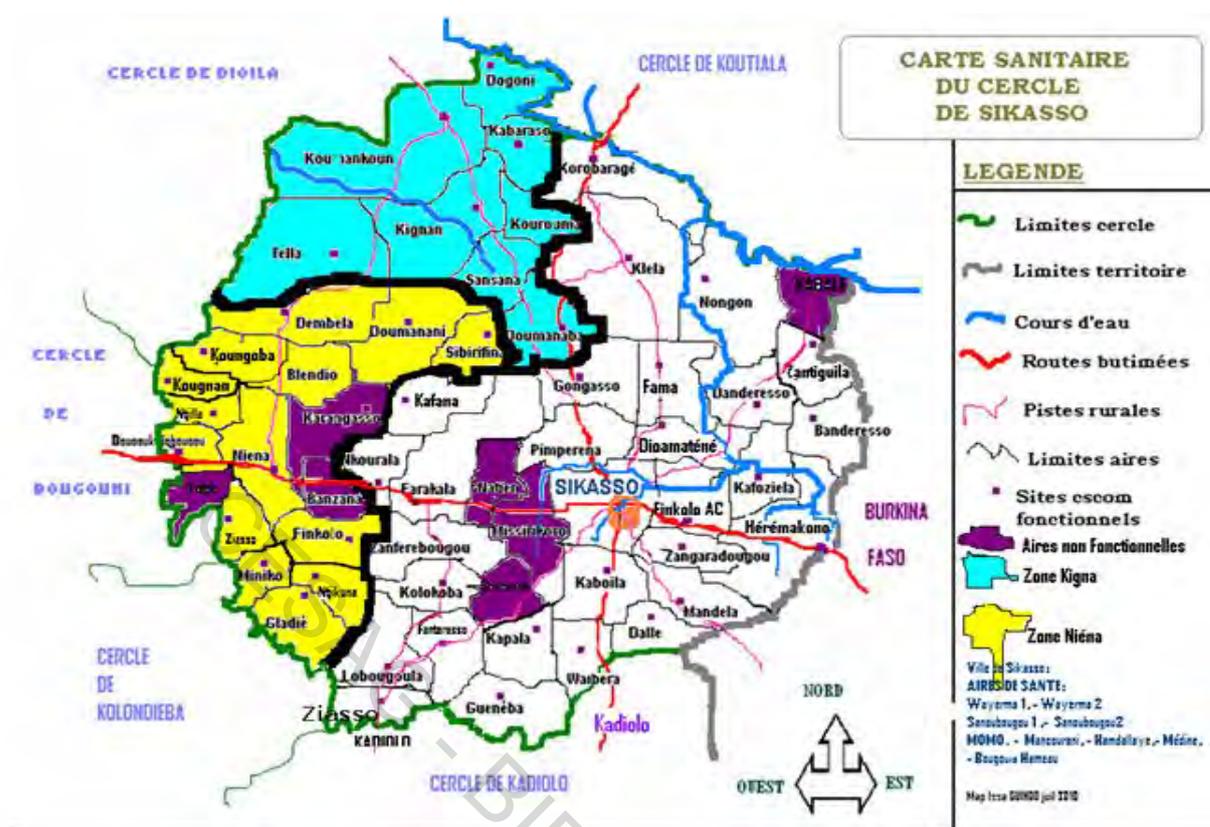


Figure 3 : Carte sanitaire du District sanitaire de Sikasso

Source : CSRéf Sikasso

➤ Cadre législatif et réglementaire

La loi n°93-008 du 11 février 1993 déterminant la libre administration des collectivités territoriales, modifiée, dispose en son article 4 que tout transfert de compétences à une collectivité territoriale doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celle-ci des ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de ces compétences.

La loi n°95-034 du 12 avril 1995 (modifiée par la loi n°98-066 du 30 décembre 1998) définit en ses articles 14,83 et 131 les attributions respectives du Conseil Communal, du Conseil de Cercle et de l'Assemblée Régionale. Elle précise entre autres leurs responsabilités en matière de création et de gestion des structures sanitaires [22].

Ainsi, le Conseil Communal et le Conseil de cercle assument la responsabilité de la création et de la gestion de centres de santé et le Conseil Régional en ce qui concerne les Hôpitaux régionaux.

Par ailleurs, le décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de sante précise davantage les responsabilités de la commune et cercle en matière de santé.

En tant que structure transférée aux collectivités territoriales de Cercle (Conseil de Cercle), le CSRéf est administré par un conseil de gestion présidé par le Préfet du Cercle dont la composition, l'organisation et les missions sont définies par le décret N°2012-508/PM-RM du 19 Septembre 2012 portant modification du N° 10-149/PM-RM du 18 mars 2010 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS est au niveau du cercle ou de la commune du district de Bamako, l'organe de coordination du PRODESS.

➤ **Missions du Centre de Santé de Référence de Sikasso**

Sa mission consiste à :

- ✚ Elaborer la Carte Sanitaire du Cercle
- ✚ Conduire l'installation de Centres de Santé Communautaires prévus dans le plan de développement socio sanitaire de cercle ;
- ✚ Développer l'offre du Paquet Minimum d'activités de soins de santé dans les CSCOM et paquet maximum dans les CSRéf et la supervision de ce processus et en rendre compte au comité de santé (ASACO);
- ✚ Promouvoir le développement harmonieux et adéquat de la participation communautaire à la gestion de la santé ;
- ✚ Emploie judicieux des ressources allouées pour le développement des opérations. Plus spécifiquement garantir le retour d'information en temps voulu sur les allocations financières ;
- ✚ L'accueil, l'information et de l'orientation des usagers ;
- ✚ L'appui conseil aux collectivités territoriales en matière de politiques de santé à l'échelon district sanitaire ;
- ✚ L'appui technique aux projets intervenant dans la santé ;

✚ Planification, Formation et Informations Sanitaires ;

✚ Suivi/Evaluation.

Notre étude se déroule dans le CSCOM de Pimperna qui fait partie du District sanitaire de Sikasso.

➤ **Statut Juridique des CSCOM : [10]**

Selon l'article 3 de l'arrêté ministériel N°94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994, le CSCOM (centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1er niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé.

En outre, les CSCOM constituent des pièces maîtresses de la politique nationale de santé.

Le centre de santé communautaire (CSCOM) est un centre de santé de 1er échelon ou 1er contact des populations. Il appartient aux communautés organisées en Association de santé communautaire (ASACO). De ce fait, il est créé et géré par l'ASACO qui rend compte aux populations de sa gestion. La gestion administrative du CSCOM est assurée par un comité de gestion désigné au sein d'un conseil d'administration qui est élu en assemblée générale par les populations, notamment les adhérents à l'ASACO. La direction technique est assurée par le Directeur Technique du CSCOM.

➤ **Mission [12]**

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'activités à savoir :

- ✓ Gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- ✓ Fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- ✓ Assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- ✓ Développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familiale / Vaccination, Education pour la Santé) ;

- ✓ Initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ;
- ✓ Promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

➤ **Informations générales du CSCOM**

Le CSCOM de Pimperna fut créé le 01 Janvier 2004. Il est situé à 17km du district sanitaire de Sikasso.

La population de 2015 est estimée à 14796 habitants avec 3326 femmes en âge de procréer
756 Grossesses attendues par an 605 Enfants de 0-6 mois et 3326 enfant de 0-59 mois

a) Organisation

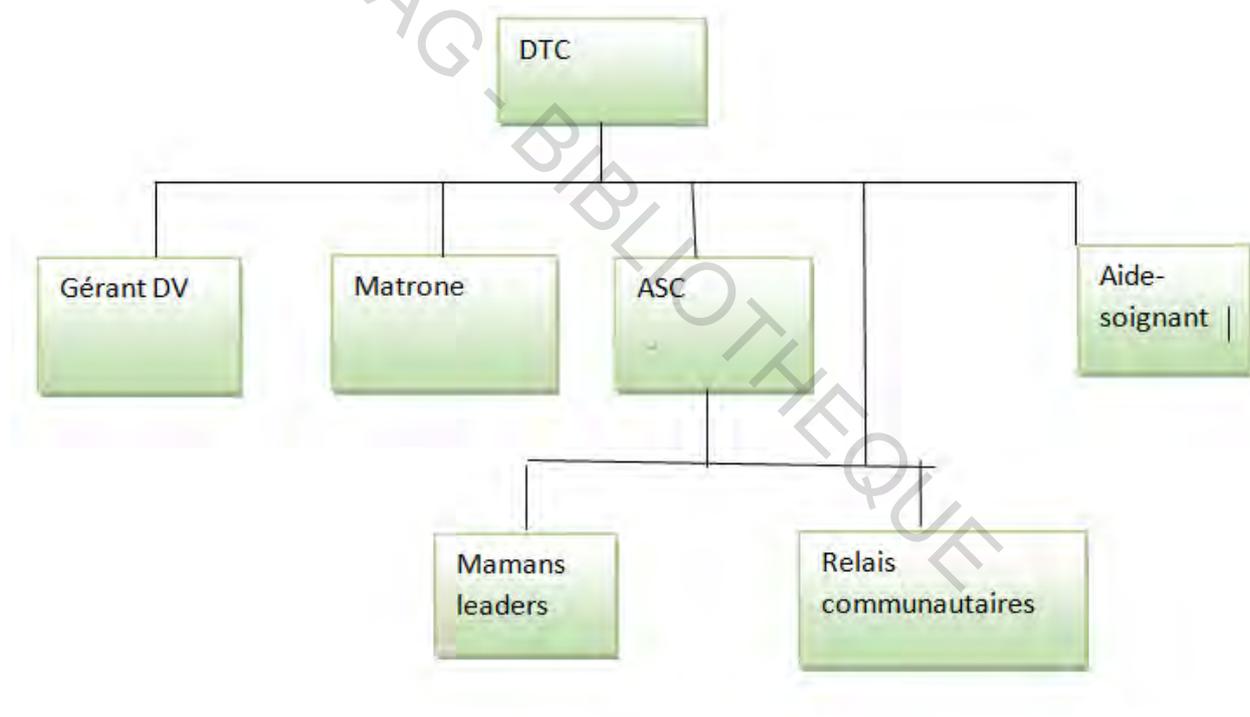


Figure 4 : Organigramme de fonction du CSCOM

Source : nous-même

b) Ressources Humaines du CSCOM :

Le personnel est constitué

- ❖ D'un Technicien Supérieur de Santé assurant le rôle de directeur technique du centre qui coordonne et supervise toutes les activités préventives, curatives, promotionnelles de son aire de santé ; élabore le rapport d'activités de santé de son aire de santé ; rend compte aux membres de l'ASACO et à ECD ;
- ❖ Trois Matrones qui sont chargées des activités de santé de la reproduction (CPN, CPON, Accouchements PF et IEC Vaccination) au niveau du CSCOM. Elles sont sous la supervision du DTC;
- ❖ Un Aide-Soignant : Chargé des soins infirmiers et du PEV, il veille à la bonne marche de la chaîne de froid et fait la vaccination en stratégie fixe et mobile au niveau de l'aire. Il est supervisé par le TDC;
- ❖ Un Gérant DV qui s'occupe de l'approvisionnement et commande des médicaments essentiels au niveau du dépôt de vente ainsi que de la vente des médicaments essentiels;
- ❖ Cinq ASC : qui sont chargés des soins préventifs curatifs et promotionnels au niveau des sites SEC ainsi que des villages satellites du site. Ils rendent compte au DTC;
- ❖ Soixante Relais Communautaires : Chargés des activités de prévention et promotion des PFE, de référence sur la santé au niveau de tous les villages de l'aire de santé;
- ❖ Vingt Maman Leaders : Chargées des activités d'IEC sur la nutrition et Hygiène au sein des ménages;
- ❖ Membres de l'ASACO : Au nombre de dix-sept dont les deux femmes s'occupent de la gestion du CSCOM et des sites SEC.

c) Niveau d'infrastructure sanitaire :

L'aire de santé de Pimperna compte :

- ✓ Un CSCOM situé à 17 km du district sanitaire de Sikasso
- ✓ Une maternité rurale
- ✓ Cinq (5) sites SEC avec
- ✓ Cinq (5) des sites satellites.

Par ailleurs le CSCOM dispose de deux(2) motos dont l'une sert de déplacement du DTC et l'autre pour la vaccination en la stratégie avancée

Tableau I : Liste des villages de l'aire de Santé de Pimperna

VILLAGES	POPULAT ION	POPULAT ION	POPULAT ION	POPULATI ON	Distance Village- CSCom
	2015	0-5 Km	5-15Km	PLUS DE 15 Km	
Clèrebougou (H. Zaniko)	290		290		8
Diassadéni	944		944		9
Dioulatiébougou (H. Tola)	188		188		6
Fassoubougou (H. Kolayéré)	267		267		7
Finigasso	567		567		6
Kodialanida	944	944			5
Kolayérédiassa	906		906		6
Kolobélébé –Diassa	358			358	20
N' Torla	1305		1305		15
N'Gorodougou(H. N'Torla)	259			259	19
Pimperna	1105	1105			0
Pornobougou (H. Kolayéré)	201	201			3
Sidaribougou	706		706		8
Tobougou (H. Zaniko)	478			478	17
Togotan diassa	1268		1268		13
Tola	755	755			3
Wayéré (H.Togotan)	233			233	17
Wezambougou (H. Kolayéré)	189		189		9
Wofina	1256		1256		6
Zanikodougou	990		990		9
Zéréléba	1587		1587		8
TOTAL	14796	3006	10463	1328	194

Source : Carte sanitaire DS de Sikasso 2015

Tableau II : Information sur les villages et sites communautaires

Population	14796
Distance CSCOM-CSRef	17Km
Nombre de village à moins de 15km du CSCOM	17
Nombre de village à moins de 15km du CSCOM	4
Nombre de Sites ASC	5
Nombre de sites satellites	5

Source : CSCOM Pimperna

1.3 Synthèse de l'environnement (Forces, Faiblesses, Menaces Opportunités) du CSCOM

➤ Forces

- Présence de ressources humaines disponibles et formées en PCIMA
- Bonne implication de la communauté aux activités de luttés contre la malnutrition.
- La gratuité de la prise en charge de la malnutrition
- Présence de projets de lutte contre la malnutrition au niveau communautaire
- Présence de sites ASC au niveau des CSCOM
- Bonne collaboration entre personnel et membres de la communauté
- Bonne fréquentation du CSCOM par la population
- Disponibilité des médicaments essentiels dans le DV
- Existence d'activités de suivi promotionnel de la croissance des enfants âgés de 0-5 ans
- Prise en charge de tous les cas de malnutris dépistés (MAM et MAS)
- Acteurs communautaires de mise en œuvre disponibles

- Appui en céréales pour les séances de démonstrations nutritionnelles par les leaders communautaires
- Présence de mamans leaders dans l'aire de santé pour faire des causeries sur la santé au niveau de l'aire

➤ **Faiblesses**

- Faible mobilisation des femmes lors des séances de causeries
- Absence de groupe de soutien aux activités de nutrition dans certaines aires de santé
- Faible implication des hommes
- Non application des pratiques d'ANJE
- Manque de motivation des acteurs de mise en œuvre
- Retard de salaire de l'ASC
- Absence de supervision DTC, ASC durant l'année en cours
- Manque de moyens de déplacement des relais et ASC

➤ **Opportunités**

- Accompagnement de l'état et ses partenaires
- Appui en intrants de prise en charge de la malnutrition sévère et modérée par l'état et ses partenaires tels que l'UNICEF, le PAM
- Existence de nombreux partenaires
- Engagement de la Direction Régionale de la Santé et du CSRéf
- Coordination avec d'autres secteurs tel que : l'éducation, l'Agriculture, l'assainissement, l'hydraulique

➤ **Menaces**

- Courte durée des projets intervenant dans le domaine de la nutrition,
- Faible appropriation de la communauté,

- Problème de leadership entre relais et ASC,
- Démotivation des ASC à cause du retard de salaires,
- Le recours tardif aux soins par la population,
- Effet des croyances,
- Analphabétisme des mères ou gardiennes d'enfants,
- L'occupation des femmes.

1.4 Identification des problèmes et leur priorisation

1.4.1 Identification des problèmes

L'enquête a permis d'identifier des problèmes qui se posent à la participation communautaire aux activités de nutrition dans l'aire de santé communautaire de Pimperna district sanitaire de Sikasso. Lors de la restitution cette liste a été présentée et validée par le groupe représentant les acteurs communautaires. Les problèmes retenus étaient :

- Retard de salaire de l'ASC ;
- Méconnaissance de la valeur nutritive des aliments par les aliments locaux ;
- Manque de motivation des relais ;
- Faible mobilisation des femmes lors des séances de sensibilisation et de causerie ;
- Absence de groupes de soutiens aux activités de nutrition ;
- Faible implication des élus locaux.

1.4.2 Priorisation des problèmes

Le groupe composé de 9 membres a assuré la pondération des différentes causes retenue après l'enquête au niveau de l'aire de santé. Ce groupe est composé comme suit :

- ✓ Le président de l'association de santé communautaire de Pimperna représentant les leaders communautaires
- ✓ Le directeur Technique du centre de santé communautaire qui coordonne toutes les activités de santé de l'aire de santé

- ✓ La conseillère principale de la Mairie de Pimperna représentant le Maire
- ✓ Deux représentants des relais de l'aire de santé communautaire
- ✓ Deux représentants des Agents de Santé Communautaire
- ✓ Deux représentantes mamans leaders

La séance est présidée par le directeur Technique du centre de santé communautaire, animé par la stagiaire.

Nous avons utilisé l'ordonnement par assignation directe. La technique consiste à assigner une valeur à chaque problème (Pineault, 1995). Pour ce faire chaque membre de l'équipe a effectué la priorisation selon la pertinence (importance) et l'ampleur (désigne la fr l'étendue du problème en terme de prévalence et fréquence) qui est noté de la façon suivante : Faible 1 Moyen 2 Elevé 3.

Tableau III : Priorisation des problèmes recensés

CRITERES PROBLEMES	Importance	Ampleur	Score	Rang
Retard de salaire des ASC	3+3+2+3+3+3+ 3+2+2+3 = 27	2+3+3+3+3+ 3+3+3+3+3 = 29	56	1^{er}
Méconnaissance de la valeur nutritive des aliments par les aliments locaux	1+2+2+1+2+2 +2+2+1 = 15	2+3+3+3+3 +2+2+2+2 = 22	37	4^{eme}
Manque de motivation des relais	1+1+3+1+1+1+ 2+3+1 = 14	2+3+3+3+2+2 3+2+2 = 22	36	5^{eme}
Faible mobilisation des femmes lors des séances de sensibilisation et de causerie	3+3+2+2+1+3+ 1+3+1 = 19	3+3+3+3+3+ 3+1+2+3 = 24	43	2^{eme}
Absence de groupes de soutiens aux activités de nutrition	2+3+3+3+3+3+ 3+2+1 = 23	1+1+2+2+1+3+ 2+2+2 = 16	39	3^{eme}
Faible implication des élus locaux	1+1+2+1+2+2+ 1+2+3 = 15	2+3+2+1+3+2+ 3+3+3 = 22	37	4^{ex}

Source : *Nous-même*

Cette hiérarchisation a mis en évidence le **retard de salaire des ASC** comme problème prioritaire car ceci impact sur le bon déroulement de toutes les activités communautaires. Ce problème a eu le score le plus élevé et classé 1er à la priorisation des problèmes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

2.1 Problématique

Ce chapitre énonce le problème, son ampleur et l'intérêt de l'étude

2.1.1 Contexte

L'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des enfants, en raison de son impact sur tous les secteurs du développement, constitue une priorité pour les autorités maliennes tel que mentionnés dans le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023.

Au niveau global, le Mali s'est aussi engagé à l'atteinte des Objectifs pour le Développement Durable ODD 2 qui vise à : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable « en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons » et les « retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans ». Les cibles mondiales de nutrition en 2025[19] sont de réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance ; réduire de 30% l'insuffisance pondérale à la naissance porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50% ; réduire et maintenir au-dessous et de 5% l'émaciation chez l'enfant : L'atteinte de ces objectifs ne peut se faire sans une bonne implication de la communauté bénéficiaire ainsi qu'une approche multisectorielle qui comprend le secteur agricole de l'élevage de la pêche de l'éducation etc.

La participation communautaire a pour rôle de permettre à la population de s'approprier des activités de santé en général et de la nutrition. Cette participation communautaire permettra une baisse du taux de la malnutrition dans la région de Sikasso et l'atteinte des objectifs du développement durable.

2.1.2 Enoncé du problème

Les risques de décéder des jeunes enfants sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (113 ‰ contre 64 ‰). Les résultats ont aussi mis en évidence un niveau de mortalité plus élevé dans la région de Sikasso que dans les autres (121 ‰ contre un minimum de 59 ‰ dans le district de Bamako) [9].

Les niveaux des indicateurs de la malnutrition demeurent encore élevés au Mali ce qui indiquent clairement que la malnutrition reste encore un problème prioritaire de santé publique auquel il faut des réponses adéquates comme celles indiquées dans le document de Politique Nationale.

La faible participation de la communauté aux activités de lutte contre la malnutrition constitue un facteur favorisant la survenue de la malnutrition et le maintien de cet état.

Les pratiques socio-culturelles des communautés de la région de Sikasso voire leurs modes de vie peuvent aggraver cet état de fait.

Parmi ces pratiques, nous pouvons citer : les interdits alimentaires pour les enfants, la non consommation des aliments locaux produits dans la région, l'ignorance de la valeur nutritive des produits locaux, etc...

Ceci montre l'importance de la participation communautaire dans la lutte contre la malnutrition par l'adoption des pratiques familiales essentielles pour une bonne nutrition.

2.1.3 Ampleur du problème

En Mai 2015 l'enquête SMART réalisée au Mali a révélé que La prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de 6 à 59 mois dans la région de Sikasso est passée de 9,4% en 2014 à 12,5% en 2015 alors que la norme est inférieure à 10%. Le taux d'insuffisance pondéral à 28,5% alarmant au-delà de 20% et de malnutrition chronique à 35,5% alarmant au-delà de 30% [9].

Ce taux élevé de la malnutrition a de fortes répercussions psychomotrices et physiologiques qui vont bien au-delà de l'aspect de la croissance physique chez l'enfant, mais allant jusqu'à l'atteinte des capacités intellectuelles et productives à long terme. La malnutrition contribue aussi à l'augmentation du risque de décès des jeunes enfants.



Figure 5 Prévalence de la Malnutrition en fonction des régions du Mali

Source : SMART2014

2.1.4 Conséquences du problème

La malnutrition, en plus de ses effets immédiats (affaiblissement du système immunitaire et mortalité de l'enfant), a des effets à long terme, surtout si l'enfant est pris en charge tardivement. Un enfant victime de carences importantes en nutriments, particulièrement entre 0 et 5 ans peut révéler plus tard à l'école des handicaps intellectuels (mémoire, faculté d'assimilation). La malnutrition a donc des répercussions graves sur la santé des enfants, leur développement futur et celui de la société. Les effets sont aussi regrettables sur l'embryon, le nouveau-né, la femme enceinte ou allaitante.

Donc une faible appropriation de la communauté peut entraîner:

- ✓ La non pérennisation des activités des projets communautaires ;
- ✓ La démotivation des acteurs communautaires ;
- ✓ L'augmentation de la prévalence de la malnutrition ;
- ✓ Un taux élevé de morbidité et de mortalité due à la malnutrition.

2.2 Intérêt Justification de l'étude

2.2.1 Intérêt de l'étude

➤ Pour le district sanitaire de Sikasso

Cette étude permettra au district et à ses partenaires intervenant au niveau communautaire d'avoir des informations sur l'importance de la participation communautaire dans les projets de nutrition du district sanitaire de Sikasso.

➤ Pour le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG)

A l'instar des autres études menées dans le cadre du management des services de santé, la présente étude constituera également, pour le CESAG, un nouvel outil pédagogique. Elle contribuera aussi à l'approfondissement des recherches sur la participation communautaire dans les programmes de lutte contre la malnutrition au niveau communautaire.

➤ Pour le stagiaire

Cette étude est effectuée dans le cadre du stage devant aboutir à la rédaction de mémoire de fin de formation pour le management des services de santé. Elle présente, une grande importance sur le plan professionnel. En effet elle se veut un exercice d'application pour mettre en pratique la formation reçue dans le cadre de la gestion des programmes de santé.

Elle permet d'effectuer une méthodologie de résolution de problème sur un thème de gestion des programmes de santé.

2.2.2 Justification

La déclaration d'Alma Ata 1978 sur les soins de santé primaires notait le rôle important que devrait jouer la communauté dans la résolution de leurs problèmes de santé.

Ainsi le Mali a adopté une politique nationale de nutrition en 2013 dont l'objectif est de contribuer à assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement du pays.

Les Objectifs visés par le programme sont :

Dépister au moins 80% des cas de malnutrition aiguë attendus dans la communauté ;

Assurer la prise en charge de qualité de 100% des cas dépistés ;

Mettre en œuvre des activités d'éducation nutritionnelle à l'intention des groupes cibles ;

Mettre en œuvre des activités de surveillance préventive des enfants sains dans les structures de santé ;

Mettre en œuvre des activités de lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, zinc, etc.) ;

Assurer le renforcement de capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de nutrition (agents de santé, acteurs communautaires) ;

Suivre la mise en œuvre des programmes de nutrition.

2.2.3 But et objectifs

➤ But

Le but de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la participation communautaire aux activités de lutte contre la malnutrition dans la région de Sikasso.

➤ Objectif général

L'objectif général de l'étude consiste à évaluer la participation communautaire dans les activités de nutrition dans la région de Sikasso.

➤ Objectifs spécifiques

- ✚ Décrire le processus de participation communautaire,
- ✚ Mesurer le niveau de participation des acteurs communautaires (Maman leaders Bénéficiaires, Mères d'enfants, relais communautaires Agents de santé communautaires),
- ✚ Identifier des insuffisances liées à la participation communautaire,
- ✚ Proposer des solutions avec la communauté.

2.2.4 Cadre conceptuel

2.2.4.1 Définition des concepts

➤ Nutrition

La nutrition peut être définie comme la science qui traite de la composition des substances alimentaires et des phénomènes biologiques par lesquels l'organisme humain tire des aliments les substances nutritives dont il a besoin et les utilise pour son maintien en vie, sa croissance et son développement.

C'est aussi l'ensemble des processus de transformation et d'assimilation des aliments dans l'organisme [15]. La nutrition est un aspect important du développement économique et le bien être nutritionnel est nécessaire pour avoir une population en bonne santé jouissant de toutes ses capacités de production. La prise en compte de la nutrition dans les programmes nationaux de réduction de la pauvreté et du développement en général augmenterait fortement les possibilités de succès des efforts qui sont engagés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [19].

➤ La malnutrition

C'est un état anormal résultant de l'insuffisance ou de l'excès d'un ou de plusieurs éléments nutritifs essentiels pour la croissance et le développement normal de l'organisme.

Il existe deux formes de malnutrition : la malnutrition chronique et la malnutrition aigüe [6].

- La malnutrition chronique ou retard de croissance se détermine par un indice Taille pour Poids inférieur à la référence OMS.
- La malnutrition aigüe qui comprend
 - La malnutrition aigüe modérée (MAM) et la malnutrition aigüe sévère (MAS) :
 - ✓ La malnutrition aigüe modérée (MAM) se détermine par un indice Poids pour Taille compris entre -3 et - 2 Z-scores (référence OMS de croissance de l'enfant) chez l'enfant âgé de 6 mois à 59 mois ou un périmètre brachial (PB) compris entre 115 et 125 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois, en l'absence d'œdème

- ✓ La malnutrition aiguë sévère (MAS) se détermine par un indice Poids pour Taille inférieur à - 3 Z-scores (référence OMS) chez l'enfant âgé de 6 mois à 18 ans ou
- ✓ un PB inférieur à 115 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux. Elle peut être accompagnée ou non d'autres complications.

Chez l'adulte (sauf femme enceinte et allaitante) la MAM se détermine par un IMC compris entre 16 et 18,5 et la MAS par un IMC à 16

Chez les femmes enceintes et allaitantes la MAM se détermine par un PB compris entre 160 et 210mm et la MAS par un PB inférieur à 160mm.

➤ **Communauté**

C'est un groupe dont les membres, étant en contact direct, ont essentiellement les mêmes intérêts, les mêmes aspirations, les mêmes valeurs et les mêmes objectifs. Cette communauté peut être géographique, territoriale, socio-économique, professionnelle, etc. (OMS/UNICEF, Alma Ata 1978).

➤ **Santé communautaire**

La santé communautaire est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels et curatifs, destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle structure et renforce la gouvernance locale des activités de santé et le partenariat entre les communautés et les structures de santé [17]

➤ **Acteur communautaire [17]**

On appelle acteur communautaire toute personne qui intervient directement au niveau communautaire. Parmi ces acteurs on distingue :

- **Les acteurs d'encadrement** : le DTC, le point focal nutrition, le médecin chef du district sanitaire, l'agent de développement communautaire, le superviseur des projets communautaires.
- **Les acteurs de mise en œuvre** : Agent de santé Communautaire, Relais communautaire, les mamans leaders, matrone.

- **Les acteurs de soutien** : Comité de Pilotage, Association de Santé Communautaire, comité de gestion et collectivités locale.

➤ **Participation communautaire**

Selon P. Freire, la participation communautaire est « un processus social dans lequel de personnes ou des groupes de personnes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir ces besoins, décident d'y chercher une réponse et se dotent de mécanismes destinés à les satisfaire. » [23].

La Participation Communautaire amène la communauté au niveau où les populations vont choisir et agir selon leurs priorités consensuelles. C'est un long processus par lequel les populations acquièrent le véritable pouvoir de décision, les connaissances et aptitudes qui leur permettent de travailler main dans la main avec les professionnels en vue de l'amélioration de leur état nutritionnel et de leurs conditions de vie. La participation communautaire s'appuie sur la mobilisation communautaire et la motivation des acteurs

➤ **La mobilisation communautaire**

Est une action qui vise à encourager les citoyens à participer à l'aménagement de villes et de communautés sûres pour les femmes. Elle doit englober des collectivités toutes entières, pas seulement quelques acteurs directement associés aux programmes.

➤ **Motivation des acteurs de santé communautaire**

Est celle qui concourt à la valorisation de l'acteur communautaire dans le système de santé et à l'intérieur de sa communauté.

➤ **Collectivité locale**

La collectivité locale est comprise comme étant une entité territoriale, décentralisée à qui on transfère certaines compétences sur la gestion de la collectivité. Ainsi dans la plupart des pays en développement, la collectivité locale est beaucoup prise en compte dans le processus et les stratégies de développement. Au Mali, la santé fait partie des compétences transférées à la collectivité locale.

➤ **Aire de Santé**

L'aire de santé est une subdivision territoriale du district de santé autour d'une formation sanitaire

➤ **Schéma du cadre conceptuel de la malnutrition**

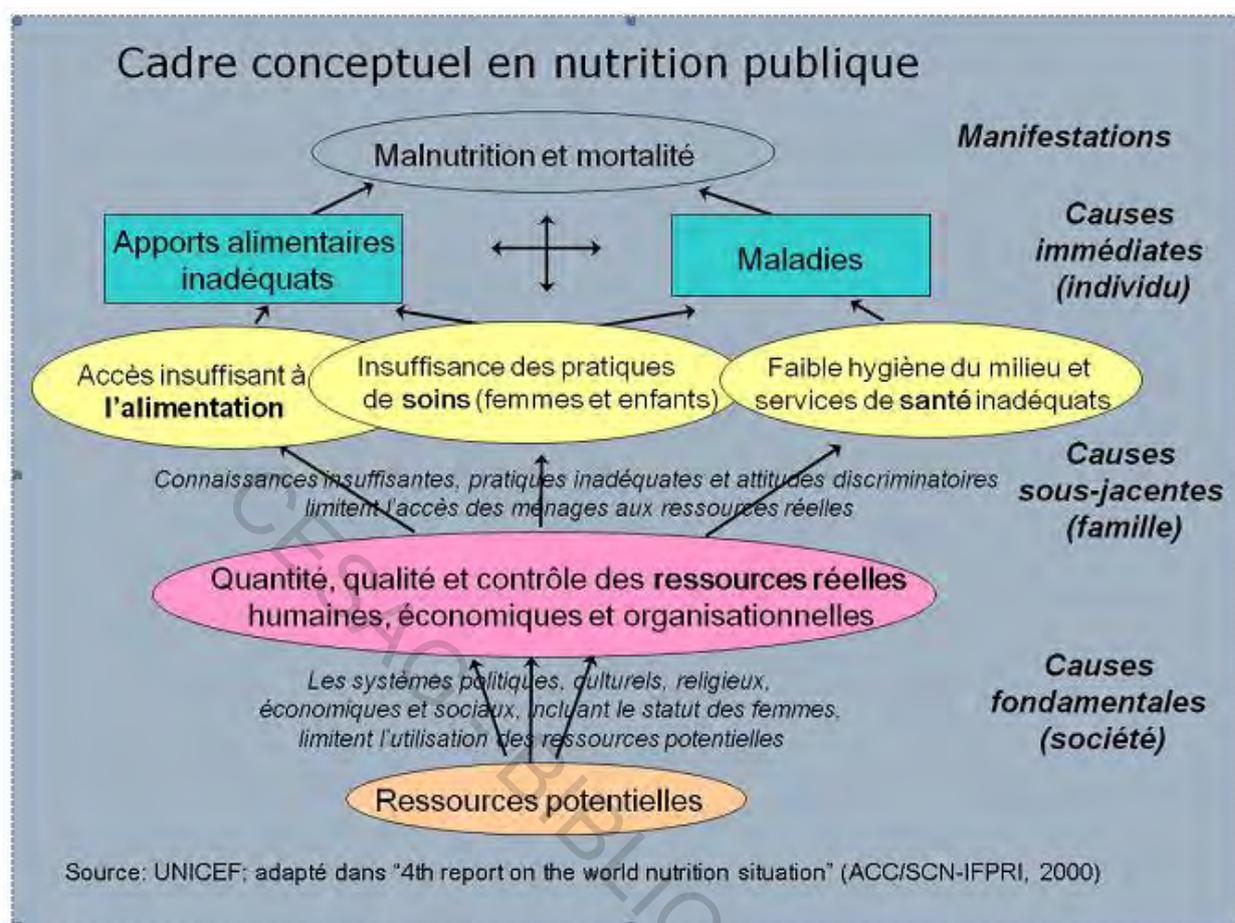


Figure 6 : Schéma du cadre conceptuel de la malnutrition

2.2.4.2 Grille de BICHMAN :

Cet outil est utilisé pour mesurer l'ampleur de la participation communautaire. Elle permet d'évaluer la participation communautaire en se basant sur 6 indicateurs. Chaque indicateur est coté de 1 à 5 points :

- ✓ Appréciation des besoins / planification des activités ;
- ✓ Direction/Représentation / leadership ;
- ✓ Organisation
- ✓ Mobilisation des ressources
- ✓ Gestion / mise en œuvre
- ✓ Evaluation

Tableau IV : Indicateurs d'appréciation de la grille de BICHMAN

Indicateurs de participation	Mince ou aucun (1)	Restreint ou faible (2)	Moyen ou correct (3)	Ouvert ou bon (4)	Large ou excellent (5)
Evaluation des besoins / planification des activités	Besoins communitaires définis / imposés de l'extérieur, basés uniquement sur des données épidémiologiques / économiques	Point de vue extérieur domine mais les intérêts de la communauté sont aussi pris en compte L'AC est un représentant actif des points de vue de la communauté et évalue les besoins de la communauté Le CLP représente activement les points de vue de la communauté et évalue les besoins Les membres de la communauté en général sont activement impliqués dans l'évaluation des besoins (par exemple par le CLP)	L'AC est un représentant actif des points de vue de la communauté et évalue les besoins de la communauté	Le CLP représente activement les points de vue de la communauté et évalue les besoins	Les membres de la communauté en général sont activement impliqués dans l'évaluation des besoins (par exemple par le CLP)
Direction/Représentation / leadership	L'organisme du projet communautaire impose la responsabilité communautaire	Le CLP ne fonctionne pas, mais l'AC travaille indépendamment des groupes d'intérêt sociaux	Le CLP fonctionne sous la direction d'un AC indépendant	CLP actif, prend des décisions	Le CLP représente pleinement une diversité d'intérêts dans la communauté et contrôle les actions de l'AC
Organisation	CLP et comité de suivi imposé et est inactif	CLP imposé par l'organisme mais effectue quelques activités	CLP imposé par l'organisme du projet mais devenu pleinement actif	CLP coopère avec les autres organisations communautaires	Les organisations communautaires présentes ont été impliquées dans la création du

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI**

					CLP
Mobilisation des ressources	Aucune ressource réunie ou fournie par la communauté. le CLP ne décide d'aucune allocation de ressources	Faible montant de ressources réunies par la communauté. Le CLP n'a aucun contrôle sur l'allocation de ces Ressources	Mobilisation des ressources par la communauté contrôle du CLP sur les dépenses des activités choisies (par ex. Fonds des médicaments, denrées alimentaires	Mobilisation des ressources par la communauté, contrôle du CLP sur l'allocation de ressources	La communauté contrôle les besoins en ressources, les réunit lorsque c'est nécessaire
Gestion / mise en œuvre	Induite par l'organisme du projet, CLP supervisé uniquement par l'organisme du projet	AC gère de manière indépendante avec quelque implication du CLP	Auto gestion du CLP sans contrôle des activités de l'AC	Autogestion du CLP qui est impliqué dans la supervision de l'AC	AC responsable envers le CLP et activement supervisé par le CLP
Evaluation	Evaluation menée par le personnel	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet. Critères de réussite déterminés par le personnel du projet avec quelque apport de	Evaluation menée par le	Evaluation menée par personnel	Evaluation menée par le CLP, critères de réussite

	de l'organisme du projet. Critères de réussite entièrement déterminés par le personnel du projet	l'AC	personnel de l'organisme du projet, Critères de réussite déterminés par le personnel du projet et l'AC avec un apport du CLP	de l'organisme du projet et l'AC. Critères de réussite déterminés par le CLP, avec l'aide du personnel du projet	établis par le CLP, avec l'aide du personnel du projet
--	--	------	--	--	--

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE
METHODOLOGIE
ET RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude évaluative à visée qualitative avec approche méthode de résolution d'un problème. Cette étude nous permet d'identifier le problème qui entrave l'implication de la participation communautaire aux activités de nutrition dans le district sanitaire de Sikasso et d'analyser de manière pertinente les causes et de proposer une solution prioritaire fiable et réaliste à mettre en œuvre.

3.2 Population de l'étude

Composition de la population

a) Les acteurs d'encadrement : il s'agit

- ✓ **Médecin chef du district sanitaire de Sikasso** : Coordonne et supervise toutes les activités de santé au niveau du district
- ✓ **Le point focal** nutrition du district sanitaire : Délégué par le médecin chef il supervise et participe aux suivis, supervisions et formations des activités de nutrition du district
- ✓ **Superviseur** : Le représentant du projet au niveau communautaire, il veille à la mise à la bonne exécution des activités du projet en rend compte au district et au projet
- ✓ **Le Directeur technique du CSCOM** de Pimperna qui est l'acteur clé de mise en œuvre, suivi et encadrement des activités de santé au niveau de l'aire de santé

b) Les acteurs de mise en œuvre qui sont :

- ✓ **Les relais communautaires** : Ceux sont les acteurs principaux en ce qui a trait au dépistage et à la sensibilisation et référence des enfants malnutris au niveau communautaire. Ils représentent donc une source d'information importante quand il s'agit de comprendre les activités communautaires pour la nutrition et les difficultés liées à l'accès aux soins
- ✓ **Les mamans leaders** : Actrices communautaires de promotions et de préventions. Ceux sont des femmes leaders des communautés que le centre de santé appuyer

par le projet PNH utilisent pour faire de séances de sensibilisations au niveau des autres femmes du village dans le cadre de la nutrition et l'hygiène.

- ✓ **Les Agents de Santé Communautaire** : Ceux sont des agents de santé formés en paquet Soins Essentiels dans la Communauté. Ils s'occupent du dépistage et du traitement de la malnutrition aigüe sans complication. Ils font des activités de communication pour le changement de comportement, des causeries et des sensibilisations au niveau communautaire.
- ✓ **Mères ou gardienne d'enfants malnutris sévères bénéficiaires du programme** : L'avis des parents des enfants malnutris est très important. D'une façon générale, les mères sont plus impliquées dans la santé des enfants, mais les décisions des pères ont une influence sur le recours aux soins ; ainsi, sur le plan de mobilisation communautaire, ils représentent eux aussi un avis important

c) Les acteurs de soutien

- ✓ **Le maire de la commune rural** de Pimperna : Qui est le représentant légal de la commune
- ✓ **Les membres des comités de gestion des ASACO**
- ✓ **Les membres du comité de Pilotage**
- ✓ **Les leaders communautaires** : Ceux sont des personnalités influentes au sein de la communauté. Ils ont souvent avoir une vision d'ensemble de la communauté et des difficultés auxquelles la population fait face. Ensuite, ils constituent une source d'information et d'avis intéressante sur le plan de la mobilisation communautaire

3.3 Méthode de collecte des données

L'étude s'articule autour de deux approches :

- une recherche documentaire permettant de collecter les données sur la participation communautaire aux activités de nutrition ;
- une enquête qualitative appréciant le niveau de participation des acteurs communautaires dans les différentes activités.

Les techniques utilisées sont l'étude de documents, l'entretien individuel, focus groupe.

Les données sont collectées à l'aide de guide d'entretien.

3.3.4. Pré Test :

Le pré-test s'est déroulé les 15 au 20 Juillet 2016.

Les outils de collecte de données ont été testés dans le CSCOM de Sanoubougou1 dans le district sanitaire de Sikasso. Ce CSCOM, à l'image de celui de Pimperna utilise les mêmes stratégies dans la lutte contre la malnutrition.

3.4 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 20 Juin au 15 Août 2016 dans la région de Sikasso au Mali.

Tableau V : Le déroulement et le chronogramme de l'étude

Date	Activité	Durée (jour)
Lun 20/06/16	Présentation à la Direction Régionale de la Santé de Sikasso	1
Mar 21/06/16	Séance de travail avec l'équipe cadre du centre de Santé de Référence du district sanitaire de Sikasso	15
Lun 11/07/16	Prise de contact avec le centre de Santé de Communautaire(CSCOM) de Pimperna à Sikasso	1
Lun 11/07/16	Elaboration d'un plan de travail avec le CSCOM	7
Ven 15/07/16	Pré test des outils CSCOM de Sanoubougou	5
Jeu 21/07/16	Enquête de terrain	20
Sam 30/07/16	Analyse et interprétation	10
Lun 15/08/16	Elaboration du Rapport Final	15

3.5 Dépouillement et traitement des données :

Les données collectées ont été compilées, traitées et analysées à partir des logiciels Microsoft office (Word et Excel) et Epi info version 3.5.1

Les résultats issus de ce traitement ont été analysés, interprétés et commentés. Ceci a permis d'apprécier le niveau de participation de la communauté aux activités de nutrition avec la grille de BICHMAN

3.6 Difficultés et limites de l'étude

- ✓ Insuffisance de financement de l'étude
- ✓ Le temps : la durée du stage ne permet pas de mettre en œuvre la solution, néanmoins les responsables de la structure acceptent de porter et d'entreprendre ce qui est nécessaire pour sa réalisation
- ✓ La période de l'étude (hivernage) rend difficile l'accès à toutes les cibles (zone fortement agricole) et l'accès à certains sites visités a été trop pénible du fait de l'impraticabilité des pistes aggravée par les pluies abondantes
- ✓ Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à tous les districts sanitaires car l'étude a été menée que dans un district sanitaire sur 10 que compte la région.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre nous présentons les résultats de notre étude sous trois angles :

- Description de la population d'étude ;
- Description du processus de participation communautaire ;
- Niveau de participation communautaire

4.1 Description de la population d'étude

Durant notre étude nous avons interrogé les acteurs à différents niveaux et le tableau ci-dessous présente leur répartition.

4.1.1 Répartition de la population d'étude selon la catégorie.

Tableau VI Répartition de la population d'étude selon la catégorie et la fonction

Catégories d'acteurs	Fonction	Nombre
Acteurs d'encadrements	Médecin chef du district	1
	Point Focal Nutrition	1
	DTC	1
	Superviseur projet PNH	1
Acteurs de mise en œuvre	Mères d'enfants malnutris	11
	ASC	4
	Maman Leaders	13
	Relais communautaires	8
Acteurs de soutien	Leaders communautaires Maire de la commune rurale Président ASACO, Chef de village, membres de comité de pilotage	9
Total		49

4.1.2 Caractéristiques des mères d'enfants

Il s'agit de l'occupation, le niveau d'instruction, les connaissances sur les conséquences de la malnutrition et les difficultés économiques à alimenter leurs enfants

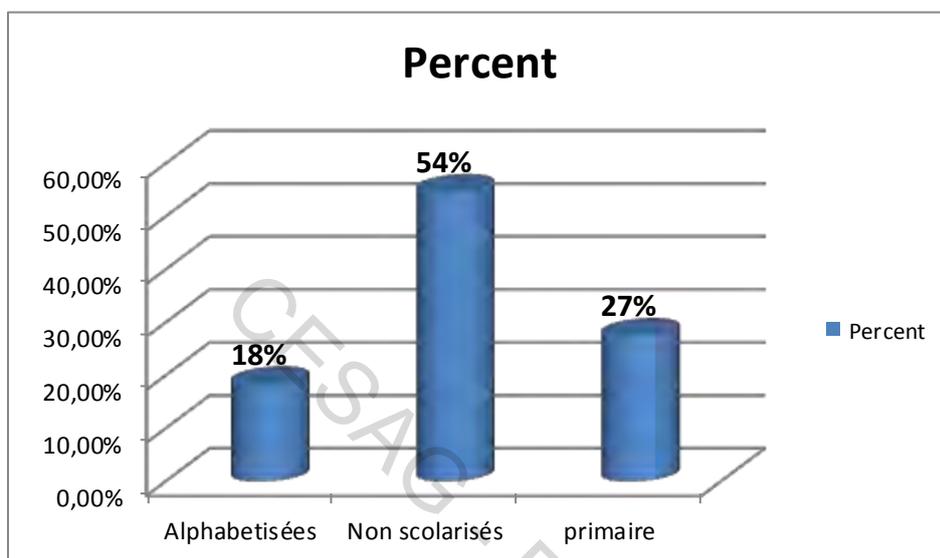


Figure 7 : Le niveau d'éducation des mères d'enfants malnutris

54,50% des mères d'enfants malnutris ne sont pas scolarisées et environ 18% sont alphabétisées en langue nationale.

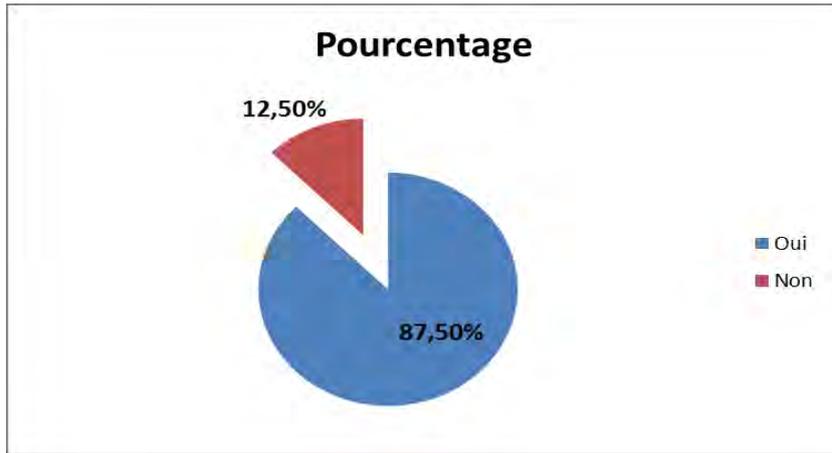


Figure 8: L'occupation des mères d'enfants dans la communauté

L'occupation des femmes à faire des travaux champêtres a été signalée dans 87,5%

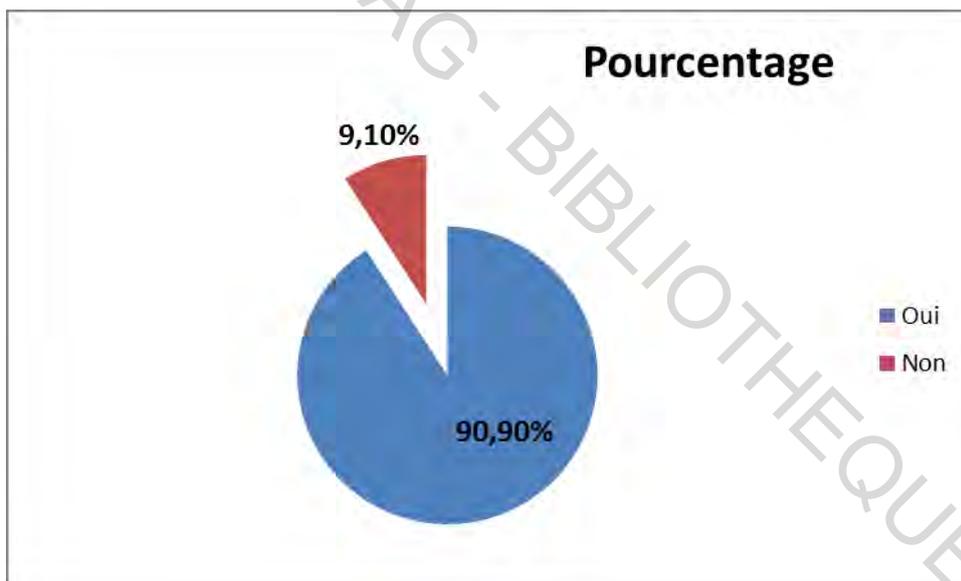


Figure 9 : Les difficultés des mères d'enfants dans l'alimentation des enfants

10 mères d'enfants malnutris de la communauté sur les 11 ont des difficultés à alimenter leurs enfants à cause de la pauvreté.

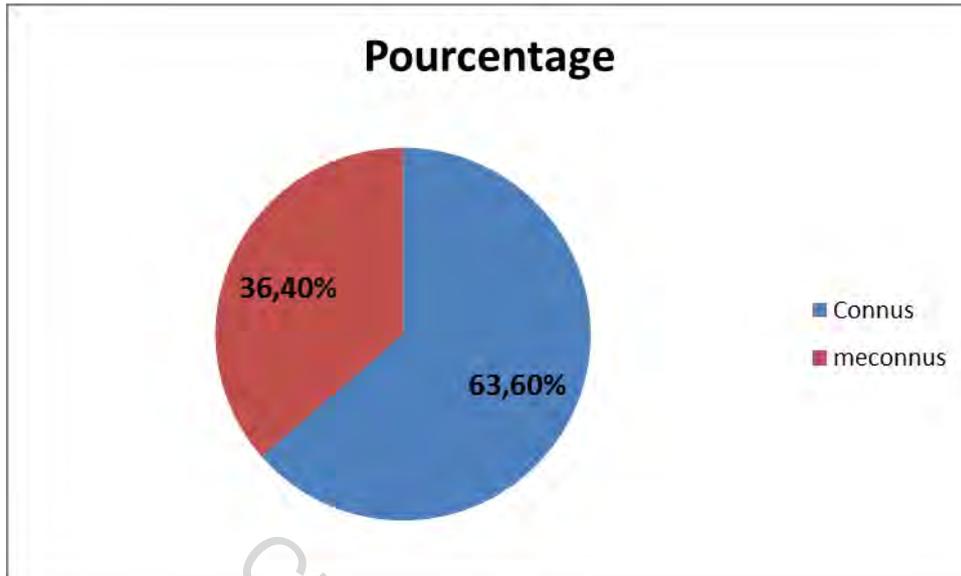


Figure 10: Connaissance des mères d'enfants sur la malnutrition

36,4% des mères d'enfants ne connaissent pas les conséquences de la malnutrition

4.1.3 Les activités menées par les mamans leaders, les relais communautaires et les ASC

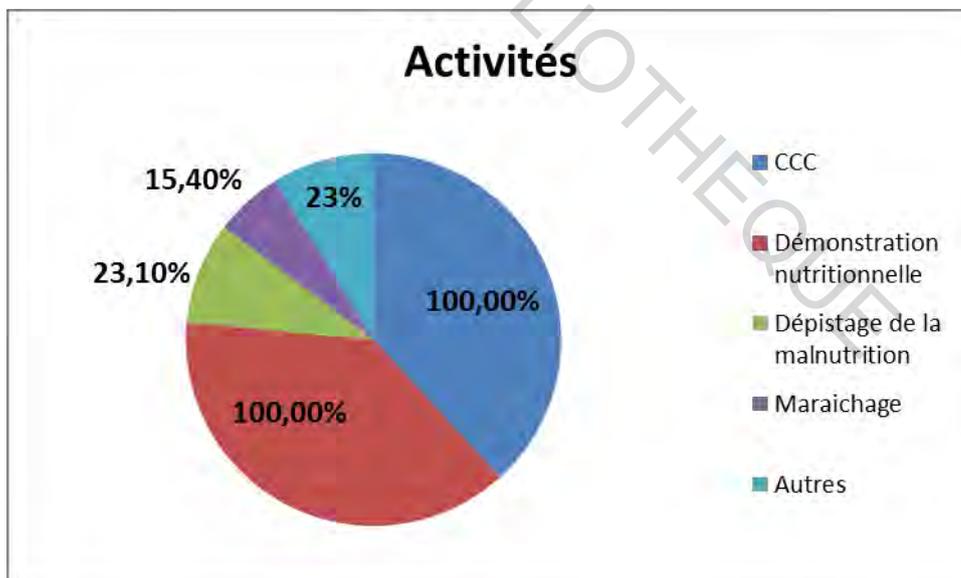


Figure 11 : Les activités menées par les mamans leaders et relais communautaires

Toutes les mamans leaders font la sensibilisation et les démonstrations nutritionnelles.

Les autres activités menées sont : l'appui aux activités de distribution des médicaments et l'assainissement des lieux publics.

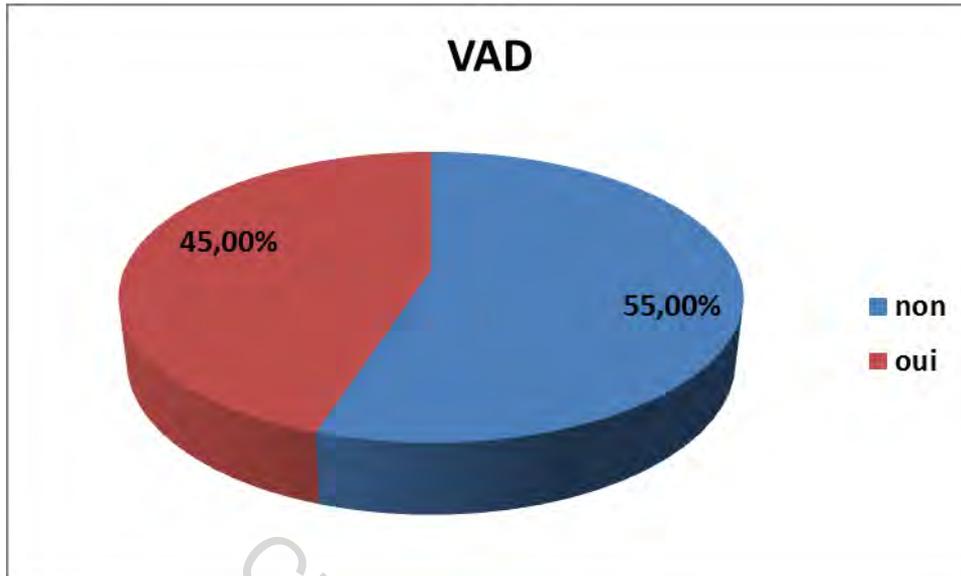


Figure 12 Visites à Domicile des relais chez les mères d'enfants malnutris

54,50% des mamans ne reçoivent pas des relais chez elle ; ceci dénote la timidité du suivi communautaire par les relais

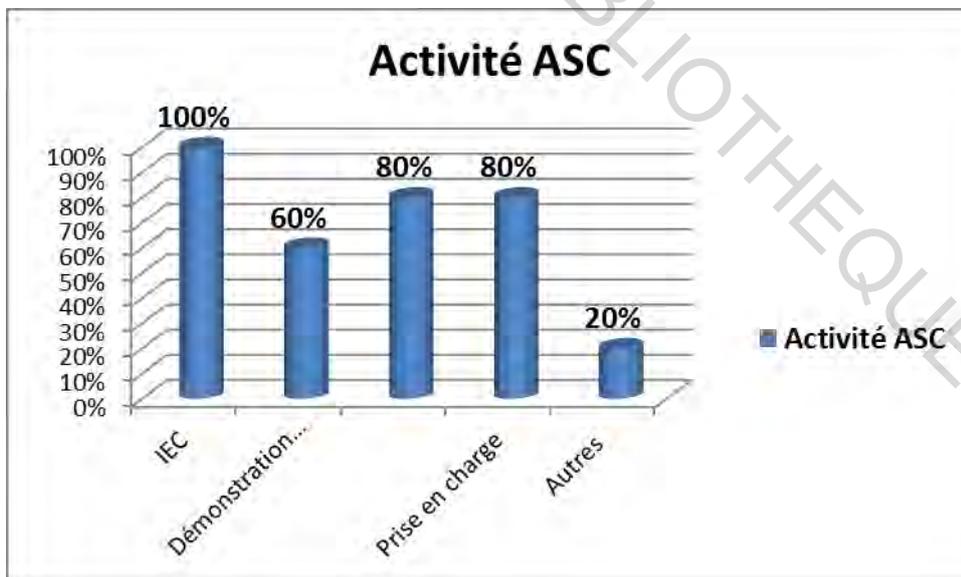


Figure 13 : Les activités menées par l'ASC

La prise en charge, la communication pour le changement de comportement (CCC) et les démonstrations nutritionnelles sont les principales activités menées par les ASC .

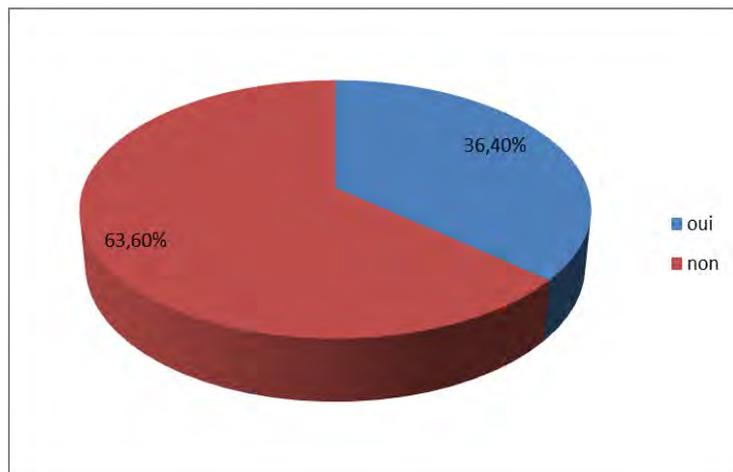


Figure 14 Visites à Domicile de l'ASC chez les mères d'enfants malnutris

63,60% des mères d'enfant ne reçoivent pas de visites de l'ASC ; ce qui explique la timidité des visites à domicile par l'ASC

4.2 Processus de participation communautaire

4.2.1 Rôle et Responsabilités des acteurs communautaires

➤ Acteurs d'encadrement

- Ils sont responsables de l'orientation des acteurs du niveau aire de santé, de la sélection des ASC, participent à l'installation et la formation des ASC.
- Ils doivent compiler les données des ASC et préparer les revues annuelles
- Elle assure aussi la recherche de financement pour les activités SEC.

➤ Acteurs de mise en œuvre

✚ Les ASC

Sont des acteurs communautaires recrutés au niveau district, et formés en soins essentiels dans la communauté et payés par les partenaires ou le cas échéant par la communauté (ASOCO, Collectivité locale et villageois)

Ils sont chargés de :

- l'offre de soins préventifs, curatifs et promotionnels aux populations de leur village site et villages satellites ;
- collaborer avec les autorités villageoises dans la mobilisation des populations pour leur adhésion aux actions menées ;

- s'adresser aux autorités villageoises pour les problèmes et difficultés rencontrés en vue de la recherche de solutions ;
- superviser les relais communautaires, travailler avec eux, ainsi qu'avec les ATRS et les guérisseurs traditionnels ;
- fournir des rapports mensuels d'activité au CSCOM dont relève leur village site.

Les mamans leaders et relais communautaires

Sont chargés de transmettre les messages sur les pratiques familiales essentielles dans la communauté ;

Ils appuient l'ASC dans ces activités de préventions et promotions de la santé

➤ **Acteurs de soutien**

Les ASACO

Sont responsables de la gestion des problèmes de santé dans l'aire de santé. A ce titre, elles sont les employeurs des ASC comme le reste de l'équipe technique du CSCOM.

Elles assurent l'approvisionnement des ASC en médicaments et autre intrants et la gestion des recettes réalisées par eux.

Elles ont un rôle de suivi et de supervision des ASC

Les autorités villageoises

Elles doivent :

- Accueillir les ASC, leur trouver un lieu d'hébergement et de travail.
- Etablir avec eux des calendriers de visite et de travail dans le village site et les villages satellites.
- Rechercher dans la mesure de leur moyens, des solutions aux problèmes rencontrés par l'ASC, tant par rapport aux conditions de travail que par rapport aux facilités avec les populations.

 **Les Bureaux communaux** en tant que responsables du développement social, économique et culturel, ont à charge la gestion des problèmes de santé des populations de leur commune.

4.2.2 L'organisation de la prise en charge communautaire

Les sites communautaires visités sont fonctionnels. Dans ces sites se pratiquent les activités de nutrition à travers les sensibilisations, les pesées mensuelles, le dépistage trimestriel, la référence des cas de malnutrition graves et compliquées, le rapportage des résultats de dépistage, l'organisation des démonstrations nutritionnelles, des regroupements hebdomadaires, les visites à domicile.

Les enfants atteints de MAM sont pris en charge au niveau de ces sites et ceux atteints de MAS sont référés au niveau du centre de santé communautaire.

Les ASC rencontrés reçoivent des enfants atteints de MAS référés par les relais. Ces ASC font la prise en charge selon le protocole PCIMA.

L'ASC est sous la supervision du DTC et sa formation est assurée par l'ECD appuyé par le niveau régional et les partenaires intervenant dans la nutrition.

Les mères ou gardiennes d'enfants bénéficiaires ont affirmé recevoir les services de relais en matière de prise en charge de la malnutrition, la promotion des comportements clés en santé, l'utilisation des moustiquaires imprégnés, la promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'usage des services de santé.

Les Mamans leaders confirment avoir participé à la sensibilisation des femmes, aux dépistages des enfants et la référence vers les CSCOM ou chez l'Agent de Santé Communautaire.

Les relais confirment obtenir le soutien et l'encadrement du DTC, l'encadrement du des agents des projets communautaires en occurrence du projet PNH de l'US-AID Save the Children.

Les leaders communautaires (chefs de villages, chefs religieux rencontrés, président ASACO) affirment avoir appuyé les relais, les mamans leaders et les ASC dans les activités de sensibilisation de la population sur la santé de la mère et de l'enfant et appuient en nature ou céréales les démonstrations nutritionnelles.

Les élus locaux rencontrés ont montré qu'ils sont informés mais n'appuient pas financièrement faute de paiement d'impôt.

L'organisation de la participation communautaire au niveau de l'aire de santé rencontre certaines difficultés à savoir :

- le manque de motivation des ASC à cause du retard de salaire du au retrait du partenaire ;
- la méconnaissance de la valeur nutritive des aliments à cause du faible niveau des femmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- La faible mobilisation des femmes lors des séances de sensibilisation et de causeries éducatives à cause des travaux champêtres et domestiques ;
- L'absence de groupes de soutiens aux activités de nutrition à cause de non formation des acteurs de mise en œuvre en module ANJE Communautaire,
- La faible implication des élus locaux

4.3 Le niveau de participation communautaire

Le degré de participation communautaire a été mesuré à l'aide de la grille de BICHMAN dont les résultats sont représentés dans le graphique en toile d'araignée ci-dessous.

4.3.1. Résultats de l'appréciation du niveau de participation communautaire avec la grille de BICHMAN

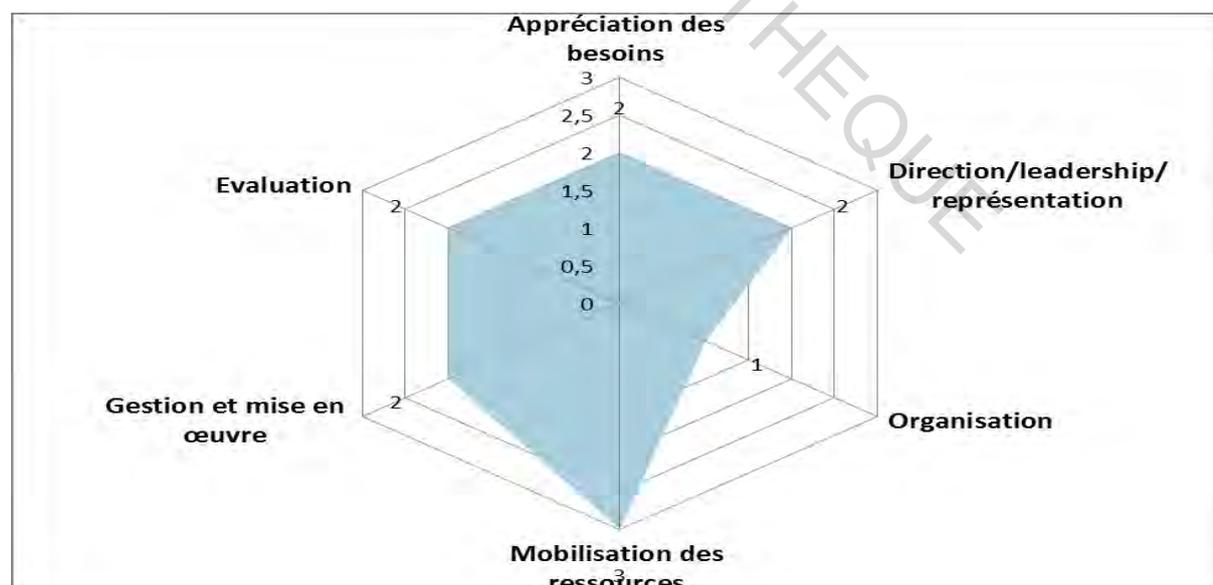


Figure 15: Niveau de participation communautaire dans la lutte contre la malnutrition dans l'aire de santé de Pimperna (Sikasso au Mali)

Source Nous même

Interprétation des résultats de la grille de Bichman :

a. Appréciation des besoins :

Les résultats de l'enquête montrent que la communauté n'est pas impliquée dans l'appréciation de besoins mais ses intérêts sont pris en compte.

La participation communautaire en matière d'identification des besoins en nutrition est restreint ou faible, le score est trois **(2)**.

b. Direction/leadership/représentation

Les CLP étaient mis sur pied et constitués des représentants des différents groupes communautaires mais les résultats de l'étude ont montré qu'au niveau des sites communautaires la plupart des CLP ne fonctionnent pas, mais les AC (relais, ASC, Maman leaders) travaillent indépendamment des groupes d'intérêt sociaux.

Nous jugeons la participation à la direction des activités restreintes, le score est deux **(2)**.

c. Organisation

Le comité de pilotage local existe mais est inactif et il n'y a pas de comité de suivi. La participation communautaire en matière d'organisation est mince ou inexistante, le score est un **(1)**. Le rôle du comité de pilotage étant recherché dans la mesure de leur moyens, des solutions aux problèmes rencontrés par l'ASC, tant par rapport aux conditions de travail que par rapport aux facilités avec les populations. Le comité de pilotage veille également à la bonne organisation et au suivi des activités communautaires.

Une bonne implication du comité de pilotage dans l'organisation est nécessaire pour amener la communauté à s'approprier des toutes les activités de lutte contre la malnutrition et valorisation de nos ressources locales.

d. Mobilisation des ressources additionnelles

Les résultats de l'enquête ont montré qu'il y'a une mobilisation de ressources additionnelles par la communauté avec le paiement d'une prime ou intéressement des Agents de Santé Communautaires après retrait du partenaire, l'appui en nature ou céréales pour les démonstrations nutritionnelles. La participation communautaire en matière Mobilisation des ressources additionnelle est correcte le score est **(3)**

e. Gestion/mise en œuvre

Les activités de prise en charge de la malnutrition sont entièrement réalisées par les ASC, les mamans leaders, les matrones, les relais communautaires sous l'encadrement des agents de terrain des projets et du directeur technique du centre (DTC). Les leaders communautaires (chefs religieux, chefs de village/quartier, etc.) appuient parfois les relais dans la sensibilisation et la mobilisation.

Les élus locaux ne participent pas aux activités communautaires. Les mères et gardiennes d'enfants ne respectent pas toujours les rendez-vous, le suivi des bénéficiaires est assuré par les acteurs communautaires de mise en œuvre (ASC). Les relais exécutent librement les activités avec une supervision active des encadreurs du projet mais avec un CLP peu dynamique.

La participation de la communauté dans la mise en œuvre des activités est restreinte, le score est deux (2).

f. Evaluation

L'évaluation des activités communautaires est menée par le personnel du projet avec l'implication des agents communautaires.

La participation communautaire dans l'évaluation est restreinte ou faible, le score est deux (2). Ce qui signifie que les agents communautaires sont peu impliqués dans l'évaluation des activités; ceci réduit l'appropriation des activités par les communautés.

Synthèse des résultats

Nous pouvons dire que la participation de la communauté aux activités de lutte contre la malnutrition dans l'aire de santé de Pimperna est faible au niveau de l'organisation d'où la difficulté de mobilisation signalée par les acteurs de mise en œuvre. L'étape de mobilisation des ressources est significative à cause de la dotation en céréales par les leaders communautaires pour la réalisation des démonstrations nutritionnelles dans les villages. Les étapes de gestion/mise en œuvre, évaluation et direction font peu participer les communautés. Ceci nécessite un suivi régulier et une bonne motivation des acteurs de mise en œuvre car une bonne participation communautaire s'appuie sur la mobilisation communautaire et la

motivation des acteurs ce qui a été confirmé avec la priorisation des problèmes où le retard de salaire de l'ASC est venu en première position.

En effet il n'existe pas de groupe de soutien aux activités de nutrition dans l'aire de santé de Pimperna mais néanmoins ce sont les mamans leaders et les relais communautaires qui assurent les sensibilisations, les démonstrations nutritionnelles, les dépistages de la malnutrition encadrés par les ASC et les agents de terrain du projet PNH. Cependant, le maraichage ou la culture des champs sont leurs sources de revenus et qui constitue en même temps une source de motivations pour mener à bien cette activité. Ce qui est comparable à l'étude du district sanitaires de Kolda au Sénégal où les activités sont menées par les « badjenou gox » en plus des relais [4]. Au Sénégal les Badjenou gox représentent des marraines de quartier.

La difficulté de mobilisation des femmes (58,8%) à cause de leur occupation aux champs limite leur accès à l'information. Généralement ces femmes sont informées par les acteurs de mise en œuvre c'est-à-dire Relais, ASC et Mamans Leaders sans l'appui des membres du comité de pilotage ni des leaders communautaires.

Le faible niveau d'instruction des mères d'enfants malnutris (54.90% des cas) ainsi que leur faible pouvoir d'achat expliquent qu'elles ont des difficultés à alimenter leurs enfants alors qu'il y a une disponibilité d'aliments locaux. Elles ignorent la valeur nutritive de ces aliments.

4.4 Exploitation de la revue documentaire :

Le tableau ci-dessous nous montre quelques résultats issus de la revue documentaire [20, 3,12, 10]

Tableau VII: Résultat de la revue documentaire

Auteurs	Pays	Année	Problèmes	Proposition de solutions
Dr AMHAMED ANAS Belghali	Maroc	1999	Direction et la gestion des activités appréciation des besoins, organisation communautaire mobilisation des ressources.	Impliquer la communauté à toutes les étapes.
Bicaba A.	Burkina Faso	2002	Organisation.	Impliquer la communauté dans l'organisation des activités.
LANGLY.J - ESCALON	Burkina Faso	2003	Insuffisance dans la Direction /leadership/représentation Les populations ne sont encore que très rarement parties prenantes des décisions.	Impliquer des populations dans les processus de prise de décisions.
Danso M	Sénégal	2013-2014	Direction /leadership/représentation Mobilisation des ressources additionnelles.	Intégrer la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales Renforcer la sensibilisation des élus locaux avant le vote des budgets
Konaté M & Al.	2003	Mali	Mobilisation et organisation des populations.	Impliquer la communauté dans la mobilisation et l'organisation.
Konaté M, Kanté B, Djenepo F.	2003	Mali	Mobilisation et organisation des populations et l'absence d'évaluation de base.	Faire une bonne évaluation de base avec la communauté

Nous remarquons qu'à travers d'autres études que la participation communautaire n'est pas toujours à hauteur de souhait au Mali comme partout ailleurs, quoique la valeur positive de la participation communautaire soit largement reconnue. Il reste beaucoup à faire en pratique pour que la communauté s'implique davantage aux différentes activités de santé.

TROISIEME PARTIE :

DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES

PRIORISATION- IDENTIFICATION ET

PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE

MISE EN ŒUVRE

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET PRIORISATION

Ce chapitre se propose de déterminer les causes des problèmes identifier, les analyser afin de faire la priorisation avec certains outils.

5.1 Présentation des outils : [4, 3]

Nous avons utilisé différents outils tout au long du processus depuis l'analyse préliminaire des causes jusqu'à l'identification des solutions en passant par la recherche des causes des problèmes, l'analyse des causes et leur pondération.

➤ **Matrice multicritères [4]**

Une matrice de critères ou de hiérarchisation est un outil permettant d'évaluer des options en fonction d'un ensemble explicite de critères qui ont été jugés importants par le groupe pour prendre une décision appropriée et acceptable.

➤ **Brainstorming [4] :**

Le brainstorming était un moyen pour le groupe de générer très rapidement un maximum d'idées en mettant à profit la dynamique du groupe et la créativité des participants. En dégageant de nombreuses idées originales en peu de temps et en encourageant tous les membres du groupe à participer, cet outil utile donne des idées nouvelles aux participants et leur permet d'élargir leurs horizons.

Après avoir noté le point à examiner sur un tableau papier, nous avons opté pour la méthode non structurée et passé en revue les règles du Brainstorming qui disent ceci :

- ne débattent pas les idées ;
- pas de jugement sur les idées ;
- toute idée est acceptable et libérez-vous des carcans ;
- développez les idées d'autrui.

➤ **Le Diagramme d'ISHIKAWA :** c'est un outil qui permet de visualiser les causes, de les classer suivant les 5 M (Matière, matériel, Milieu, Main-d'œuvre et méthode).

Ce diagramme est aussi appelé diagramme causes-effets ou diagramme en arête de poisson.

- **Le vote pondéré** : c'est un outil qui permet de hiérarchiser c'est-à-dire de trier les causes par ordre d'importance.

Tableau VIII Outils et périodes d'utilisation

Outils	Analyse préliminaire des causes	Cause des problèmes	Analyse des causes	Pondération	Identification des solutions	Mesure de la participation communautaire
Matrice multicritères	*					
Brainstorming	*	*	*		*	
Diagramme d'ISHIKAWA			*			
Grille de Bichman						*

5.2 Indentification des causes

- **Causes selon la littérature peuvent être classées en deux sous-groupes :**

- ✓ **Les causes liées à la stratégie :**

Le mode de recrutement des relais

La motivation des relais

La charge de travail élevé

La mobilité du personnel de santé

- **Les causes psycho-sociaux économiques**

Le niveau socio-économique faible des agents et des populations

Le faible niveau d'implication communautaire

La croyance culturelle et sociale par rapport à la malnutrition

➤ **Causes selon les résultats de notre étude**

Les différentes causes de la faible participation sont :

- la fonctionnalité des comités de pilotages locaux ;
- l'occupation des femmes ;
- l'absence de groupes de soutien aux activités de nutrition ;
- l'effet des croyances, la démotivation des ASC.

5.3 Analyse des causes du problème

Diagramme d'ISHIKAWA et les cinq M ou en arêtes de poisson

Communément appelé Diagramme en arêtes de poisson, le diagramme d'Ishikawa permet de rechercher les causes et les conséquences d'un dysfonctionnement en les classant par critères, généralement aux 5M évoqués ci-dessous :

Méthode : correspondant à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions) :
Absence de GSAN ; Occupation des femmes

Milieu : c'est l'environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel
l'effet des croyances ; période hivernale

Matière : tout ce qui est consommable ou élément qui est à transformer par le processus :
Démotivation des ASC

Matériel : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux : Manque de moyen de
placement pour les agents communautaires

Main d'œuvre : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie absence de
GSAN

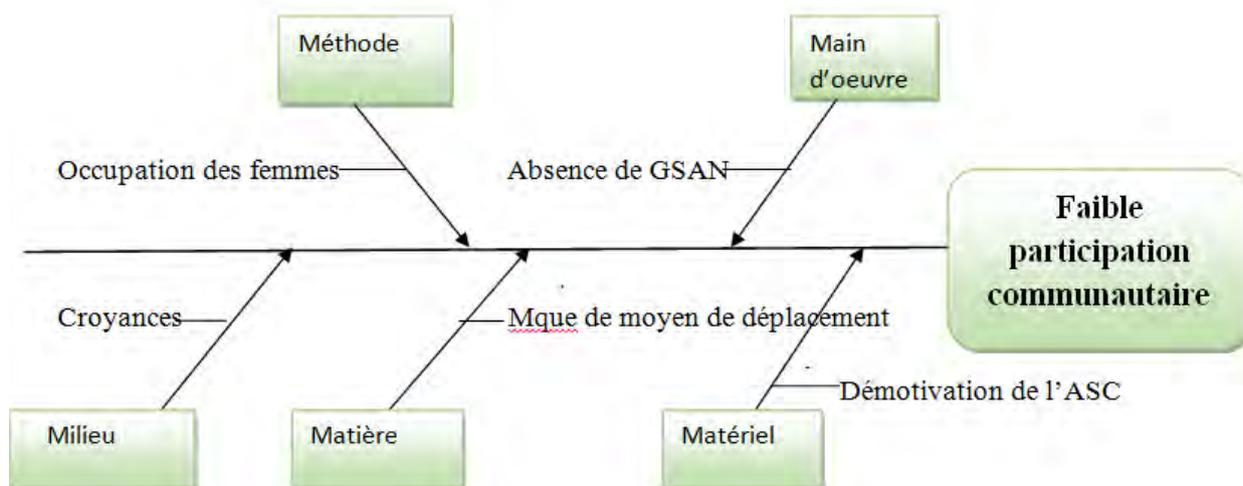


Figure 16 Diagramme ISHIKAWA

Source : Nous-même

5.4 Hiérarchisation des causes :

La priorisation des causes recensé a été faite par la communauté en présence des représentants des leaders communautaires, des ASC, des relais communautaires, du représentant de la mairie, du président ASACO et du DTC.

Tableau IX Priorisation des causes recensées

CAUSES / CRITERES	Pertinence de la cause	Possibilité d'agir sur la cause	Score	Rang
Démotivation de l'ASC	5+2+5+2+5+2+ 5+5+5= 36	2+2+5+2+5+2+ 5+5+5 = 33	69	1^{er}
Absence de groupes de aux activités de nutrition	5+5+5+5+2+2+ 5+5+5 = 39	2+2+2+5+5+2+ 2+2+2 = 24	63	2^{eme}
Difficulté de mobilisation des femmes	5+2+2+2+2+2+ 5+5+5 = 30	2+2+2+2+2+2+ 2+2+2 = 18	48	3^{eme}

Au total trois causes ont été retenues à savoir :

- ✓ La démotivation de l'ASC à cause retard de salaire du au retrait du partenaire
- ✓ L'absence de GSAN
- ✓ La difficulté de mobilisation des femmes à cause des occupations (travaux champêtres et domestiques) ce qui nous a permis d'élaborer un plan d'action avec la communauté en fonctions des solutions retenues.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1 Identification des solutions

6.1.1 Solutions selon la littérature

Le PRODESS (Programme de développement Socio Sanitaire) du Mali dans sa composante santé et l'hygiène publique prévoit un renforcement des soins essentiels dans la communauté à travers :

- ✓ une meilleure prise en compte du plaidoyer et de l'approche village dans l'implantation des sites ASC ;
- ✓ une contribution à l'amélioration des monitorages/supervision des SEC ;
- ✓ une participation à la négociation et à la prise en charge des salaires des ASC sur les budgets communaux pour une pérennisation des acquis après le retrait des partenaires (Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, développement social et Promotion de la famille du Mali, 2014).

Dans la revue de la littérature les différents auteurs ont proposé des solutions pour renforcer la participation communautaire il s'agit de

- Danso M au Sénégal a proposé d'intégrer la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales et de renforcer la sensibilisation des élus locaux avant le vote des budgets.
- Dr AMHAMED ANAS Belghali au Maroc a proposé d'impliquer la communauté à toutes les étapes.
- Bicaba A. au Burkina Faso a proposé d'impliquer la communauté dans l'organisation des activités.
- Konaté M, Kanté B, Djenepo F au Mali ont proposé de faire une bonne évaluation de base avec la communauté.

6.1.2 Les solutions selon notre étude

L'analyse des résultats nous a permis d'identifier les solutions suivantes :

- Plaidoyer auprès des leaders et les élus (Maires) pour régulariser le salaire des ASC ;
- Sensibiliser les Mamans sur les conséquences de la malnutrition ;
- Former les acteurs communautaires en ANJE ;
- Faire des rencontres mensuelles DTC –ASC-Relais ;
- Impliquer la communauté dans l'organisation des activités.

6.2 Priorisation des solutions retenues

Les solutions potentielles ayant été dégagées, nous avons procédé par une méthode de cotation pour en retenir celles qui paraissent les mieux adaptées pour résoudre les problèmes qui se posent.

Les critères de choix et leur pondération sont les suivants :

- acceptabilité de la solution par tous les acteurs : faible=1 ; moyenne=3 ; élevée=5

- faisabilité financière : non faisable=0 ; faisable=5

- coût de réalisation : faible=5 ; moyen=3 ; élevé=1

- délais de mise en œuvre : court=5 ; moyen=3 ; long=1

Tableau X Priorisation des solutions retenues

Solutions	Acceptabilité	Faisabilités	Coûts	Délais de mise en œuvre	Scores	Rang
Plaidoyer auprès des leaders et les élus (Maire) pour régulariser le salaire des ASC	20	26	26	26	98	1^{er}
Sensibiliser les Mamans sur les conséquences de la malnutrition	20	26	23	25	94	2^{eme}
Former les acteurs communautaires en ANJE	15	25	22	23	85	3^{em}
Faire des rencontres mensuelles DTC –ASC-Relais	15	25	17	22	79	4^{eme}

CHAPITRE VII : PROJET DE MISE EN OEUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

7.1 Justification du choix de la solution

La solution de plaidoyer auprès des élus et leaders communautaires pour régulariser le salaire des ASC a été retenue par pondération.

En effet la régulation des salaires de l'ASC permettra à l'ASC qui est le premier acteur de mise en œuvre et ayant plus de compétences à cause des formations reçues au niveau du district d'être plus motivé pour la mobilisation, la sensibilisation au niveau communautaire.

La deuxième solution retenue est la sensibilisation des mamans sur les conséquences de la malnutrition afin d'augmenter leur niveau de connaissance sur la malnutrition par la formation mise en place des groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) et une amélioration de l'utilisation des produits locaux

7.2 Objectifs du projet

Objectif général

Contribuer à la réduction de la mortalité due à la malnutrition d'ici 2020

Objectif Spécifiques

OS1 : Amener 100% des leaders communautaires à s'impliquer aux activités de nutrition,

OS2 : Renforcer le niveau de connaissance des femmes sur la malnutrition,

OS3 : Augmenter d'au moins 80%, le niveau d'utilisation des produits locaux au niveau communautaire.

Cibles

Ces activités toucheront :

- ✓ Les maires des collectivités ;
- ✓ Les présidents des centres de santé communautaires ;
- ✓ Les chefs de village ou leurs conseillers ;
- ✓ Les représentantes des femmes leaders ;

- ✓ Les imams ;
- ✓ Les projets intervenant en nutrition ;
- ✓ Les relais communautaires
- ✓ Les ASC

7.3 Arbre des objectifs

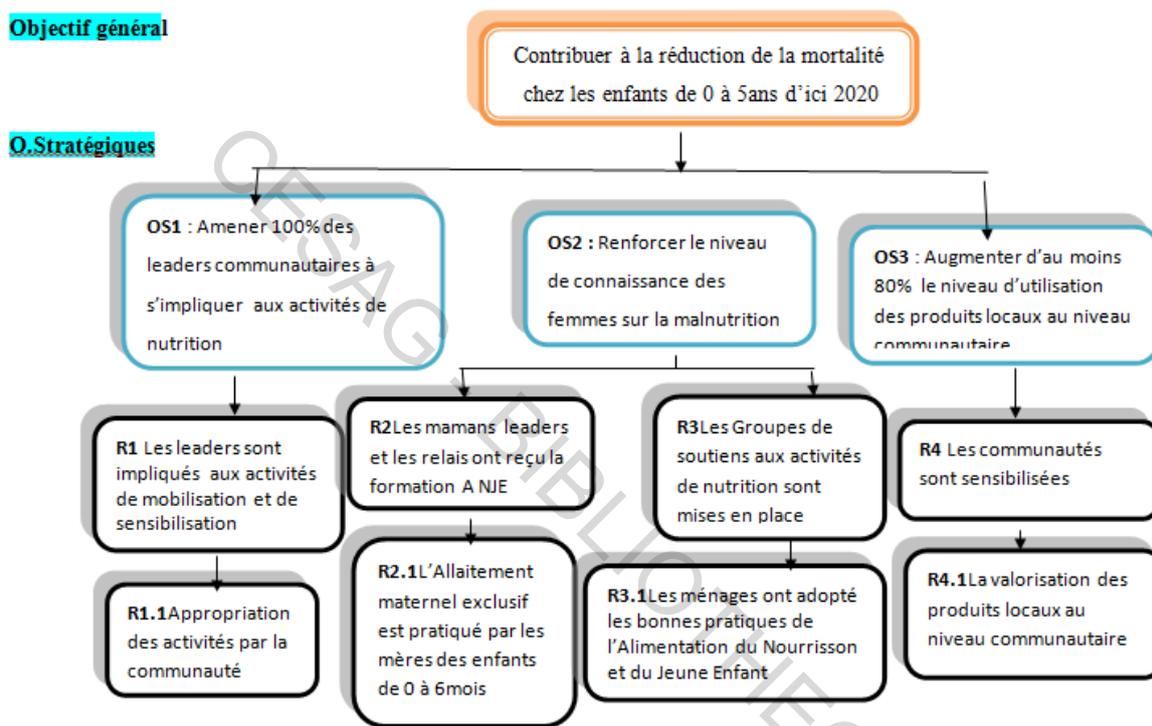


Figure 17 Arbre des Objectifs

7.4 Cadre logique

La logique de la planification opérationnelle dans le cadre de la résolution de problème exige :

- ✓ L'identification d'un problème précis ;
- ✓ la détermination des causes du problème et des solutions envisageables ;
- ✓ le choix d'une solution réaliste et réalisable dans un temps précis ;
- ✓ la disponibilité des moyens de résolution.

Cependant après le choix de la solution consensuelle, nous avons élaboré un cadre logique et un plan d'action avec le chronogramme des activités nécessaires pour son application.

Le tableau ci-après nous renseigne sur les différentes étapes du cadre logique

Tableau XI : Cadre logique des solutions retenues

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Source de Vérification	Hypothèses	Conditions critiques
Objectif général				
Contribuer à la réduction de la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans due à la malnutrition d'ici 2020	Le taux de mortalité	Rapport d'enquête, EDS, SMART	Plateforme multisectorielles dans toutes les communes, Les projets des autres secteurs atteignent leurs objectifs	Stabilité politique et institutionnelle Manque de fonds pour la mise en œuvre des activités
Objectifs spécifiques				
OS1 Amener 100% des leaders communautaires à s'impliquer aux activités de nutrition	Le % de leaders ayant participé aux activités formées pouvant citer au moins les moyens de lutter contre la malnutrition	Rapports d'enquêtes communautaires Rapports de monitoring communautaires	L'implication effective des leaders	Non implication de la communauté dans le processus de Suivi Evaluation des activités de nutrition
OS2 : Renforcer le niveau de connaissance des femmes sur la malnutrition	Le% de mamans leaders formées Nombre de relais formés	Rapport d'activités, les Rapports de formation Pièces justificatifs de la	La disponibilité des ressources	Pesanteurs socio culturelles

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI

	en module ANJE	formation		
OS3: Augmenter d'au moins 80% le niveau le niveau d'utilisation des produits locaux au niveau communautaire	Nombre de séances de sensibilisation effectuées Le nombre de démonstrations nutritionnelles effectuées	Résultats de monitoring communautaires, Rapport de supervision	Disponibilité des femmes	Pesanteurs socio culturelles Les travaux champêtres
Résultats attendus				
R1 : 100% des leaders sont impliqué aux activités de nutrition	Le nombre de leaders qui participent aux activités sur le nombre total de leaders dans la communauté	Résultat d'enquête Communautaire	L'appropriation par la communauté Engagement des leaders	Non implication des communautés dans le processus de Suivi et Evaluation
R2.1 : 100% des mamans leaders sont formée en ANJE	Le % de mamans leaders formées /le nombre de mamans leaders à former	Rapports de formation Pièces justificatifs	Disponibilité des femmes Disponibilité des fonds	Non disponibilité des fonds pour assurer la formation des mamans leaders
R2.2 :100% des relais et ASC ont reçu la formation en ANJE	Le nombre de relais formés en ANJE/le nombre de relais à forme	Rapports de formation Pièces justificatifs	Disponibilité des femmes Disponibilité des fonds	Non disponibilité des fonds pour assurer la formation des relais et

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI**

				mamans leaders
R3.1 : Les GSAN sont mises en place au niveau de tous les villages de l'aire de santé	Le nombre de GSAN fonctionnel	Rapport d'activités des GSAN	L'engagement de tous les acteurs communautaires	La démotivation des membres
R3.2 : Les séances de sensibilisations sont effectuées par les relais et ASC dans tous villages	Nombre de sensibilisations effectuées	Rapport d'activités Mensuelles de l'ASC	Une bonne mobilisation communautaire	Démotivation des ASC et relais
Activités				
R1. A1 : Confection de manuel de formation	Nombre de manuels disponibles	Pièces justificatifs Bordereaux de livraison	Disponibilité des outils de formations	Manque de ressources financières
R1.A2 : Plaidoyer auprès de 50 leaders communautaires pour régulariser le salaire des ASC	Nombre de séance de plaidoyer organisé sur prévu	Rapport de plaidoyer Pièces justificatifs		
R2A1: Former 105 mamans leaders en module ANJE communautaire	Nombre de mamans leaders formés	Rapport de formations Rapport de supervision ANJE	Disponibilité des ressources humaines matérielles et financières	
R2A2 : Former 50 relais et ASC en module ANJE communautaire	Nombre de relais formés	Rapports de formations Rapports de supervisions		
R2.A3 : Mettre en	Nombre de	Rapport de		

place 63 groupes de soutien aux activités de nutrition	GSAN mise en place	supervision ANJE Rapport d'activités des GSAN		
R3.A1 : Effectuer 1008 séances de sensibilisation sont effectuées par les relais et ASC dans tous villages	Ne Nombre de personnes sensibilisées Nombre de séances organisées	Rapport du relais RMA de l'ASC		
R3A2 : Réaliser 504 séances de démonstrations nutritionnelles.	Nombre de démonstrations nutritionnelles effectuées.	Rapport d'activités des relais et RMA de l'ASC		

7.5 Plan d'action

Le tableau ci-dessous nous montre le plan d'action de la mise en œuvre des activités retenues

Tableau XII: Plan d'action

Objectifs	Activités	Responsables	Périodes	Ressources	Lieux
OS1: Amener 100% des leaders communautaires à s'impliquer aux activités de nutrition	A1 : Confection de manuel de formation	Equipe Cadre de District et Partenaires	Décembre 2016 Durée : 30jours	Facilitateurs support de communication, prise en charge de participants, secrétaire, fournitures	Le niveau national
	A2 : Faire séances de plaidoyer auprès de 50 leaders communautaires pour régulariser le salaire des ASC	DTC ASACO Service Social	Janvier 2017 Durée: 1j/ CSCOM	Frais de transport des leaders	Aires de Santé Communautaire
OS2 : Renforcer la	A1: Former 105 mamans leaders en module ANJE communautaire	Equipe Cadre de District Directeur Technique de CSCOM(DT	Février 2017 Durée :5jours	Manuel de formation en ANJE, Prise en charge des participants,	Villages

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI

connaissance de femmes sur la malnutrition		C) Partenaires		Fournitures	
	A2 : Former 50 relais et ASC en module ANJE communautaire	ECD, DTC, Partenaires	Mars 2017 Durée 5jours/village	Module de formation, Facilitateurs support de communication	Sites communautaires
	A3 : La mise de 25 GSAN au niveau aire de santé	DTC, ASACO	Avril 2017 Durée 20jours	Membre ASACO Membre des GSAN	Villages
OS3: Augmenter d'au moins 80% le niveau le niveau d'utilisation des produits locaux au niveau communautaire	A1: Realiser 1008 séances de sensibilisation axée sur la bonne utilisation des produits locaux	DTC, ASC et relais	Janvier 2017	Boite à Image	Villages
	A2: Realiser 504 séances de démonstrations nutritionnelles aux niveaux des communautés	GSAN	Janvier 2017	Les aliments locaux Les ustensiles	Villages

7.6 Budget

Ce tableau présente le budget de notre plan d'action.

Tableau XIII: Budget

Désignation	Quantité	Nombre de jours	Prix unitaire F CFA	Total
A1 Séance de plaidoyer des leaders communautaires				
Facilitateurs	2	1	15 000	30 000
Frais de transport Participants	84	1	5 000	420 000
Pause-café	84	1	1 500	126 000
Pause déjeuner	84	1	2 000	168 000
Marqueurs	1	1	1000	1000
Papier Rame	1	1	6 000	6 000
carburant circuit interne	25	1	550	13 750
Sous Total				594 750
A2 : Formation de groupes des mamans leaders en module ANJE communautaire				
Formateurs Région	2	5	15000	150000
Formateurs District	2	5	5 000	50000
Participants	105	5	2 000	1050000
Personnel de soutien	2	1	5 000	10000
Pause-café	120	5	1 500	900000
Pause déjeuner	120	5	2 000	1200000

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI**

Papier Rame	2	5	6 000	60000
Sous Total				3 420 000
A3 : Formation des ASC et Relais en module ANJE communautaire				
Location de salle	2	5	15000	150000
Formateurs Région	2	5	15000	150000
Formateurs District	2	5	5 000	50000
Participants résidents	50	5	5 000	1250000
Personnel de soutien	2	1	5 000	10000
Pause-café	200	5	1 500	1500000
pause déjeuner	500	5	2 000	2000000
Bloc Note grand format	200	5	1 000	1000000
Bic	75	5	60	75000
Papier Rame	2	5	6 000	60000
carburant circuit interne	25	10	550	137500
Sous Total2				9 330 000
Total				13 344 750

Le budget total du plan d'action des activités s'élève à treize million trois cent quarante-quatre mille sept cent cinquante franc CFA (13 344 750).

7.7 Plan de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont d'une importance capitale pour la réussite de ce projet. Ils se font du début à la fin par les acteurs. Les évaluations apprécieront le niveau de participation de la communauté aux activités de nutrition.

7.7.1 Cadre logique de suivi et évaluation

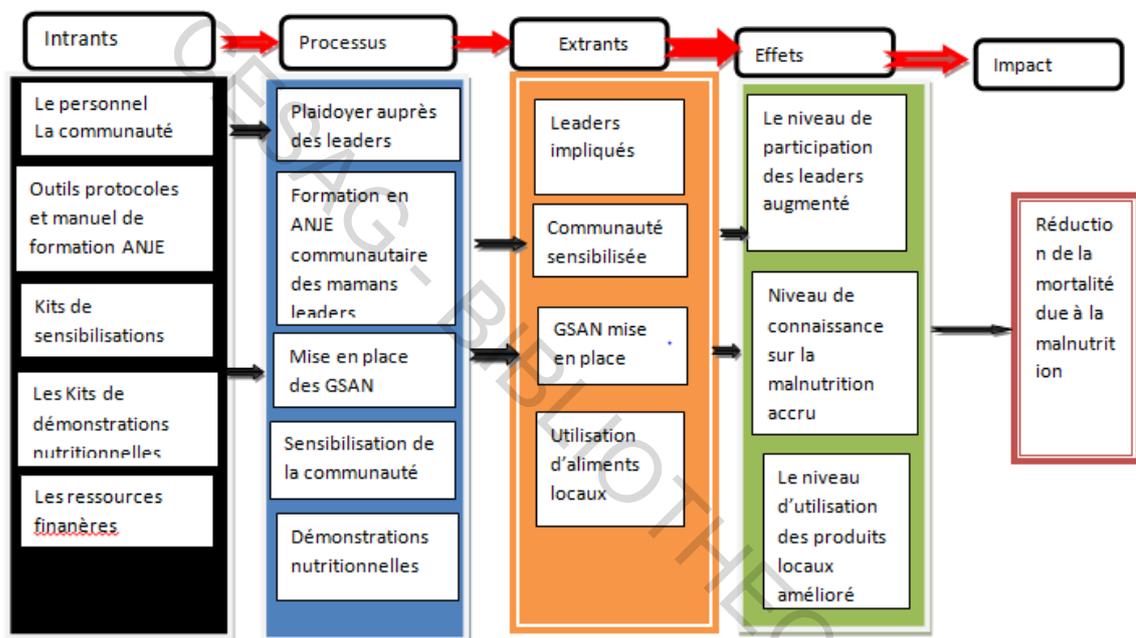


Figure 18 le cadre logique de suivi et évaluation du projet

7.7.2 Indicateurs par niveau

Le tableau ci-dessous donne les indicateurs de suivi et d'évaluation du plan d'activité à savoir le plaidoyer, formation des ASC, Relais en module ANJE communautaire

Tableau XIV: Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan d'action

Indicateurs	Définitions	Mode de calcul	Sources de données	Responsable
Intrants	Proportion de ressources financières disponibles	Ressources financières disponibles / Total financières ou prévues	Relevé bancaire, rapports financiers attendues	Administrateur comptable du district
	Proportion de leaders communautaires disponibles	Nombre de leaders ayant participé aux activités / nombre total de leaders communautaires	Résultats d'enquêtes communautaires	District sanitaire
	Proportion d'Agents communautaires formés	Nombre d'ASC et Relais formés / nombre total d'Agents formés	Résultats de monitoring	
Activités	Nombre de manuels de formations disponibles	comptage	Rapport d'inventaire	Administrateur comptable du district

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI**

	Proportion de leaders communautaires participés aux séances de plaidoyer	Liste des leaders présents aux plaidoyers / Total des leaders communautaires	Liste de présence	ECD Chargé de suivi évaluation Chargé Suivi Evaluation
	Nombres de mamans leaders formées	Comptage	Rapport de formations Liste de présence	
	Nombre de relais formés en module ANJE	Comptage	Liste de présence	
	Nombre de séances de sensibilisation effectuées	Comptage	Rapport mensuel d'activité	
	Le nombre de démonstrations nutritionnelles effectuées	Comptage	Rapport mensuel d'activité	
Activités	Nombre de leaders qui participent aux activités connaissant trois moyens de lutte contre la malnutrition	Décompte	Rapport d'enquête	
	Nombre de groupes de soutiens aux activités de nutrition (GSAN) fonctionnel	Decompte	Rapport de supervisions des GSAN	
	Nombre de femmes appliquant les bonnes pratiques de nutrition pour l'alimentation des enfants	Décompte	Rapport d'enquête	
Extrants	Proportion de leaders impliqués et activités		Rapport d'enquête	Responsable BER/CLM

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIVITES DE
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI**

	de nutritionnels connaissant les moyens de lutte contre la malnutrition	Nombre de leaders impliqués	s	SuivKolda Evaluati on
		Nombre total de leaders communa utaires		
	Proportion des Groupes de soutiens fonctionnels	Nombres de relais ASC et maman leaders formés	Rapport d'enquête s et supervisi ons	
		Nombres de relais ASC et maman leaders qui participent aux activités des groupes de soutiens		
	Proportions de ménages appliquant les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	Nombre de mères qui applique les bonnes pratiques Le nombre de ménages dans la communa uté		
Effet	Taux de prévalence des enfants malnutris de 0 à 5 ans	Rapport	EDS, SMART	Chargé suivi évaluation

Elle portera sur les indicateurs objectivement vérifiables que sont :

- **L'impact**

Le taux de mortalité infantile

- **L'effet**

Le taux de malnutrition

- **L'extrait**

Le pourcentage de leaders communautaire ayant participé aux activités ;

Le nombre de relais communautaires formés en module ANJE communautaire ;

Le nombre d'ASC formés en module ANJE communautaire ;

Le nombre de mamans leaders formées ;

Le nombre de GSAN fonctionnel

- **Les activités**

Nombre de séance de plaidoyer organisé sur prévu ;

Nombre de séances de sensibilisations effectuées sur le nombre prévu ;

Le nombre de formation ANJE effectuée ;

Nombre de démonstrations nutritionnelles effectuées sur le nombre prévu.

RECOMMANDATIONS

Pour une bonne implication de la communauté aux activités de nutrition dans le but de contribuer à la diminution de la mortalité maternelle due à la malnutrition nous formulons les recommandations suivantes :

A la Direction Régionale de la Santé de Sikasso

Planifier des formations sur l'ANJE communautaire aux autres districts sanitaires non formés

Mobiliser les fonds pour les formations à tous les districts

Faire des plaidoyers régionaux auprès des décideurs pour régulariser le salaire des ASC

Planifier des supervisions des sites SEC

Au Niveau District

- ✚ Former toutes les aires de santé en module ANJE communautaire ;
- ✚ Mettre en place des GSAN au niveau de tous les villages de l'aire de santé ;
- ✚ Organiser des supervisions des GSAN formés,
- ✚ Organiser des plaidoyers auprès des autorités locales pour le soutien des activités de nutrition communautaire ;
- ✚ Mettre en place des stratégies pour régulariser le salaire des ASC ;
- ✚ Doter les relais de vélo comme moyen de déplacement.

Au niveau aires de santé communautaires

- ✚ Redynamiser les comités de pilotage au niveau des sites communautaires ;
- ✚ Faire des supervisions DTC vers sites ASC ;
- ✚ Faire des plaidoyers auprès des leaders communautaires pour le soutien des activités de nutrition;
- ✚ Organiser des séances de restitutions communautaires ;
- ✚ Renforcer les capacités des participants en ANJE communautaire ;

- ✚ Veiller à la fonctionnalité et à la bonne marche des GSAN.

Aux projets de nutrition communautaire

- ✚ Impliquer les élus locaux dans l'élaboration du plan de travail annuel ;
- ✚ Renforcer la capacité des ASC relais et maman leaders en nutrition communautaire ;
- ✚ Elaborer avec la communauté un plan de pérennisation des activités.

A la communauté

- ✚ S'impliquer d'avantage aux activités de lutte contre la malnutrition ;
- ✚ Redynamiser les comités de pilotage en instituant des rencontres périodiques ;
- ✚ Faire des stratégies pour que l'information passe en impliquant les chefs de ménages à la transmission de l'information pour une bonne organisation des activités ;
- ✚ Veillez à ce que toutes les femmes puissent participer aux activités ;
- ✚ S'approprier des activités de nutrition.

CONCLUSION GENERALE

La lutte contre la malnutrition au niveau de la communauté ne peut se faire sans l'implication de tous les acteurs au niveau communautaire. C'est pourquoi nous avons effectué cette étude pour voir le degré d'implication de la communauté et les situations qui entravent cette implication qui nous a permis d'identifier certains problèmes. L'absence de groupe de soutien aux activités de nutrition, la faible implication des leaders communautaires et des élus locaux dans l'organisation des activités, la démotivation de l'Agent de Santé Communautaire à cause du retard de salaire du au retrait du partenaire ont été les principaux problèmes.

Cependant des efforts doivent être faits en matière de plaidoyer et la formation des différents acteurs de mise en œuvre c'est-à-dire relais, ASC, GSAN pour un changement de comportement qui permettront d'atteindre l'ODD2 qui est « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ».

Cette étude a proposé des solutions d'amélioration de la participation communautaire aux activités de lutte contre la malnutrition dans un centre de santé communautaire de la région de Sikasso au Mali. La solution principale est d'amener les leaders communautaires à s'impliquer davantage aux différentes activités, de renforcer la compétence des Agents de Santé Communautaires, des relais communautaires et femmes leaders en nutrition ainsi qu'une bonne utilisation des produits locaux. Les moyens pouvant permettre l'atteinte de ces objectifs sont : les séances de plaidoyer, les sensibilisations et la formation en module Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. Pour cela nous avons formulé des recommandations à l'endroit de tous les acteurs impliqués pour la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la malnutrition au niveau communautaire. /.

BIBLIOGRAPHIE :

1. **Ba M.** (2014-2015) cours de Planification Stratégique et de Conception des projets Cours. CESAG GPS. Sénégal.
2. **Barry D.** (2013-2014). Contribution à l'opérationnalisation d'un SISCOM performant au Mali. Mémoire fin d'étude CESAG. Sénégal.
3. **Bicaba A**(2002). Protocole de recherche sur la participation communautaire, mini santé Burkina Fasso.
4. **Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille.** Ministère de la Santé du Mali(2014) Annuaire statistique national du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS 2014) du Ministère de la Santé du Mali.
5. **Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille** Ministère de la Santé(2014), Plan décennal de développement sanitaire et social (2014-2023). Mali.
6. **Danso M,** (2013-2014). Evaluation de la participation communautaire dans le PRN au Sénégal. Mémoire de fin d'étude CESAG. Sénégal.
7. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Enquête Démographique et de Santé (2012-2013)25p.Mali.
8. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective basée sur la méthodologie SMART Mali2014 Juillet 2014.
9. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective basée sur la méthodologie SMART Mali2015.
10. **Konaté M & Al.** (2003)Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale de CS communautaire au Mali, UNRIDS.
11. **Konaté M, KantéB, Djenepo F.** (2003). L'expérience des CSCOM et la stratégie de mise en œuvre de Politique Sociale au Mali : Etude de cas en milieu urbain et rural.
12. **Langly.J - Escalon et al.** 2003 in « impacts de la participation communautaire sur la qualité des services ».
13. **Ministère des affaires étrangères.** (2003). Evaluation du schéma directeur du système national d'informations sanitaires et sociales du Mali. Bamako.
14. **Ministère de la santé de la santé et de l'hygiène publique.** (2014 2015) journées hospitalières franco-maliennes. Mali

15. **Ministère de la santé.** (2013) Politique nationale de nutrition. Mali
16. **Sanogo D.** (2013-2014). Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans le service des urgences médicales du centre de sante de référence de Sikasso (Mali). Mémoire de fin d'étude CESAG.
17. **SECK, P. I.** (2013-2014). Cours de santé communautaire. CESAG. Sénégal.
18. **Wolfgang B, Susan B. & Mathura S.** (1989).vol10. Peut-on mesurer la participation communautaire.

Sites internet :

19. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/> dernier accès le 02/12/2016
20. <http://www.memoireonline.com> › Ressources humaines dernier accès le 01/10/2016
21. http://www.tresor.economie.gouv.fr/11449_Situation-conomique-et-financi-re-au-premier-trimestre-2015 dernier accès le 10/11/2016
22. <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr> dernier accès le 10/11/2016
23. https://fr.wikipedia.org/wiki/Paulo_Freire Paulo Freire Thérapie communautaire systémique dernier accès le 01/12/2016.

ANNEXE

Identifiant de
l'enquêté :

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX RELAIS/ASC

Fiche d'enquête relais communautaires

Commune : /__ /__ /__ / (3 premières lettres) Date de l'enquête: /__ /__ /__ /

Nom : /__ /__ / (2 premières lettres) Prénoms: /__ /__ / (2 première lettre) Sexe M F

Age : /__ /__ / ans **Ethnie :** /_____ /

Niveau de scolarisation de l'enquêté : Non scolarisé Alphabétisé Primaire
 Secondaire

Résidence : Village: /_____ /

Statut de l'enquêté : Relais communautaire, Volontaire de la croix rouge

Questions :

Quel est le nombre de villages/quartiers polarisés par le site?

Quelles sont les principales activités que vous menez?

Qui vous supervise?

A quelle fréquence?

Quelles sont les responsabilités qui vous sont confiées?

Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans le travail?

Quelles sont les causes?

Que vous proposez?

Pouvez-vous me parler de vos relations avec le chef de poste médical, les bénéficiaires?

Quelle appréciation donnez-vous à la participation :

DTC - Elus locaux – Bénéficiaires - Comité local de pilotage - Autres groupes

Participez-vous aux réunions de restitution?

Participez-vous à l'auto-planification mensuelle au niveau du site?

Qui est ce qui est planifié pour ce mois en cours?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mobilisation de la communauté?

Quelles sont les causes

Quelles solutions proposez-vous?

Que suggérez-vous pour la réussite et la pérennisation des activités de nutrition?

Avez-vous d'autres questions à aborder?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AVEC LE LEADER COMMUNAUTAIRE

Identifiant de
l'enquêté :

Commune : /_/_/_/_/_/ (3 premières lettres)

Date de l'enquête: /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/ **Heure :** /_/_/_/ h /_/_/_/ min

Nom: /_/_/_/ (2 premières lettres) **Prénoms:** /_/_/_/ (2 première lettre) **Sexe** M F

Date de naissance: /_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/ **Age:** /_/_/_/ ans

Niveau de scolarisation de l'enquêté : Non scolarisé Alphabétisé Primaire
 Secondaire Supérieur

Résidence : Village: /_/_/_/_/_/

Questions

Quel est le nombre de sites communautaires fonctionnels dans la collectivité locale?

Quelles sont les principales activités que vous menez dans le cadre de la nutrition communautaire?

Qui vous supervise?

A qui rendez-vous compte ?

A quelle fréquence?

Quelles sont les responsabilités qui vous sont confiées?

Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans le travail?

Quelles en sont les principales causes?

Quelles sont les solutions?

Pouvez-vous me parler de vos relations avec Le chef de poste médical, le Maire, les bénéficiaires?

Quelle appréciation donnez-vous à la participation :

- DTC - Elus locaux – Bénéficiaires - Comité local de pilotage - Participez-vous aux réunions de restitution?

Participez-vous à l'auto-planification mensuelle au niveau du site?

Qui est ce qui est planifié pour le mois en cours

De quelle manière avez-vous participé à la mobilisation des ressources additionnelles des projets de nutrition communautaires?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mobilisation de la communauté?

Quelles sont les causes de ces difficultés ?

Quelles solutions proposez-vous?

Que suggérez-vous pour la réussite et la pérennisation des activités de nutrition?

Avez-vous d'autres questions à aborder

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU DTC

**Identifiant de
l'enquêté :**

Questions :

Région de Sikasso

District sanitaire de Sikasso

Commune : / _ / _ / _ / (3 premières lettres)

Date de l'enquête : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / **Heure :** / _ / _ / h / _ / _ / min

Nom : / _ / _ / (2 premières lettres) **Prénoms :** / _ / _ / (2 première lettre) **Sexe** M F

Date de naissance : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / **Age :** / _ / _ / ans

Niveau de scolarisation de l'enquêté : Secondaire Supérieur

Résidence : Village: / _ / _ / _ /

Statut de l'enquêté /Titre:

Médecin généraliste Technicien supérieur de santé Technicien de santé

Questions :

Recevez-vous des enfants malnutris référés par les relais communautaire(RC) ou l'Agent de Santé Communautaire (ASC)?

Sous quelle forme participez-vous à la mise en œuvre des projets de nutrition communautaires

Avez-vous reçu le plan d'action des sites de nutrition communautaire ?

Quelles sont vos responsabilités dans les activités du Nutrition ?

A quelle fréquence participez-vous à la supervision des ASC et RC, AC dans le cadre de la nutrition?

Avez-vous participé aux réunions d'évaluation et de planification des projets de luttés contre la malnutrition ?

Recevez-vous des rapports d'activités du ou des projets de nutrition communautaire?

A quelle fréquence ?

Avez-vous noté des difficultés particulières dans le cadre de votre collaboration avec les projets dans le cadre de la nutrition?

Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de votre collaboration avec les projets dans le cadre de la nutrition?

Que suggérez-vous par rapport à la prise en charge de la malnutrition par la communauté ?

Que suggérez-vous pour la pérennisation des projets de nutrition communautaire ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX MERES OU GARDIENNES D'ENFANTS
BENEFICIAIRES DU PROGRAMME DE MOINS DE 5ANS**

Commune : / _ / _ / _ / (3 premières lettres)

Date de l'enquête: / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ / **Heure :** / _ / _ / h / _ / _ / min

Nom: / _ / _ / (2 premières lettres) **Prénoms:** / _ / _ / (2 première lettre) **Sexe** M F

Age: / _ / _ / ans

Ethnie: / _____ /

Profession: / _____ /

Niveau de scolarisation de l'enquêté : Non scolarisé Alphabétisé Primaire
 Secondaire

Résidence : Village: / _____ /

Recevez-vous les relais chez vous

Quelles sont les différentes activités que vous menez ?

Citez-moi trois signes de malnutrition chez un enfant âgé de 0-5 ans ?

Etes-vous autonome dans la prise en charge de la malnutrition de carence infantile ?

Qu'est-ce que vous pensez de vos relations avec les relais et agents du projet ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'alimentation de vos enfants ?

Quelles sont les causes de ces difficultés ?

Pouvez-vous me proposer des solutions à ces difficultés ?

Que suggérez-vous pour que toutes les femmes participent aux activités de lutte contre la malnutrition ?

Avez-vous d'autres points à développer ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Avez-vous noté des difficultés particulières dans le cadre de votre collaboration avec les projets de nutrition ?

Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de votre collaboration avec les projets de nutrition ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Quels sont les acteurs impliqués ?

Quel est le niveau de collaboration entre vous et les acteurs communautaire ?

Quel est le niveau de collaboration entre vous et l'ECD, les ICP, les élus locaux ?

Au cas où elle est passable, donner la cause.

Quel est le rôle des collectivités locales dans le financement des projets de nutrition communautaire

Quelles sont les difficultés liées à la participation communautaire aux activités de nutrition

Quelles sont les causes de ces difficultés ?

Quelles sont les solutions proposées à ces difficultés ?

Y a-t-il un aspect que vous auriez souhaité aborder, et dont on n'a pas fait mention ?

Que suggérez-vous pour la pérennisation?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE