



**ATELIER NATIONAL DE COUVERTURE DES PROGRAMMES
PCIMA AU MALI**

20-21 AOUT 2014

**RAPPORT DE L'ATELIER ET PLAN D'ACTION POUR LA MISE A
L'ECHELLE DES ENQUETES DE COUVERTURE**



COVERAGE MONITORING NETWORK



Soutenu par:



RESUME

La deuxième phase du « Coverage Monitoring Network » a commencé au début de l'année 2014 et continuera jusqu'à la fin de 2015. En priorisant neuf pays en Afrique de l'Est et de l'Ouest et en Asie, la deuxième phase vise à continuer à évaluer la couverture des programmes PCIMA dans chacun des neuf pays et à renforcer la capacité des intervenants clés à réaliser des enquêtes de couverture. Le projet ira au-delà de l'identification des obstacles qui empêchent les enfants d'accéder aux programmes et apportera son soutien aux organisations avec lesquelles il travaille afin de planifier et de suivre la mise en œuvre des actions clés visant à augmenter la couverture. L'une des barrières principales identifiées pendant la Phase 1 était l'insuffisance de mobilisation communautaire. Par conséquent, le CMN a recruté des conseillers en mobilisation communautaire afin d'élaborer des stratégies de mobilisation communautaires adaptées aux différents contextes.

Le Mali est l'un des pays prioritaires pour le CMN pour 2014/15. Entre 20 et 21 Aout 2014, un atelier a eu lieu en Bamako avec les autorités gouvernementales et les organisations qui font partie du Cluster Nutrition et qui sont particulièrement impliqués dans les programmes PCIMA.

Au total, 36 personnes ont participé à l'atelier : 6 représentants de la Direction Nationale de Santé, 23 représentants des ONGs, plusieurs agences des Nations Unies et divers bailleurs de fonds. La liste complète des participants et leurs coordonnées est disponible dans l'Annexe 2.

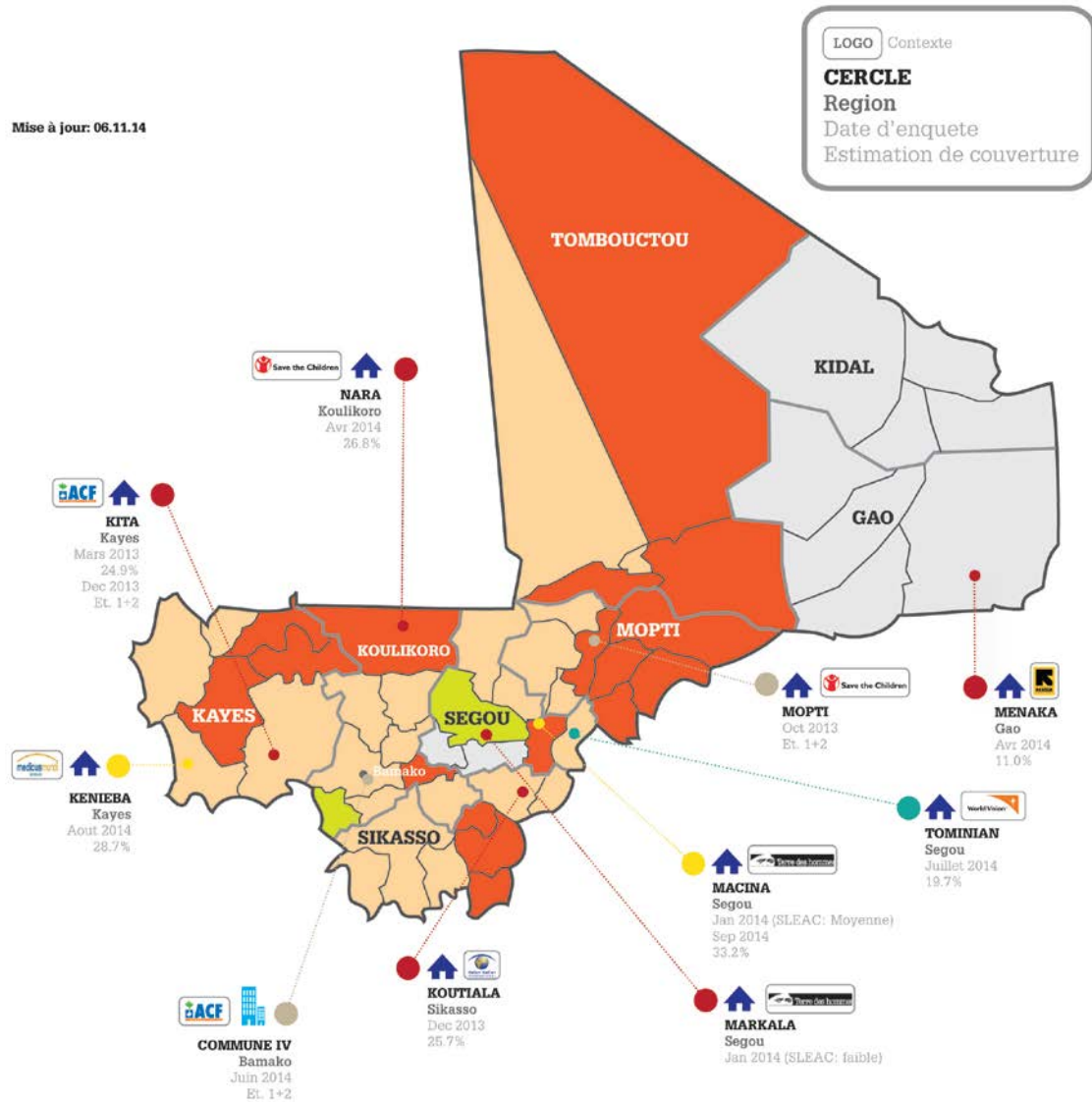
Les objectifs de l'atelier étaient de:

1. Développer conjointement une compréhension des capacités techniques et des opportunités à mettre en œuvre les évaluations de couverture dans chaque pays.
2. Soutenir les partenaires à planifier, coordonner et évaluer la qualité des évaluations de couverture
3. Développer un plan d'action spécifique pour le Mali pour la mise à l'échelle des évaluations de couverture.
4. Discuter des résultats des différentes enquêtes de couverture déjà menées dans le pays (SLEAC et SQUEAC), des principales barrières identifiées par ces enquêtes et d'identifier des pistes de solution afin de les dépasser.

Pendant l'atelier, UNICEF et les partenaires du cluster de nutrition ont réussi à créer un plan d'action national pour la mise à l'échelle des enquêtes de couvertures au Mali. Au centre de ce plan, il y a la création d'un cadre national pour la mise à échelle des évaluations des enquêtes de couverture. De plus les participants ont commencé à discuter des pistes de travail pour augmenter les taux de couverture en solutionnant les barrières d'accès au traitement.

LA COUVERTURE DES PROGRAMMES PCIMA AU MALI (MAI 2014)

Avec le soutien du projet CMN, UNICEF a lancé une enquête nationale de la couverture des services existants de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère en mai 2014. Les résultats sont présentés sur la carte ci-dessous. La carte montre également les localisations des enquêtes SQUEACs complétées par les différents partenaires ONGs.

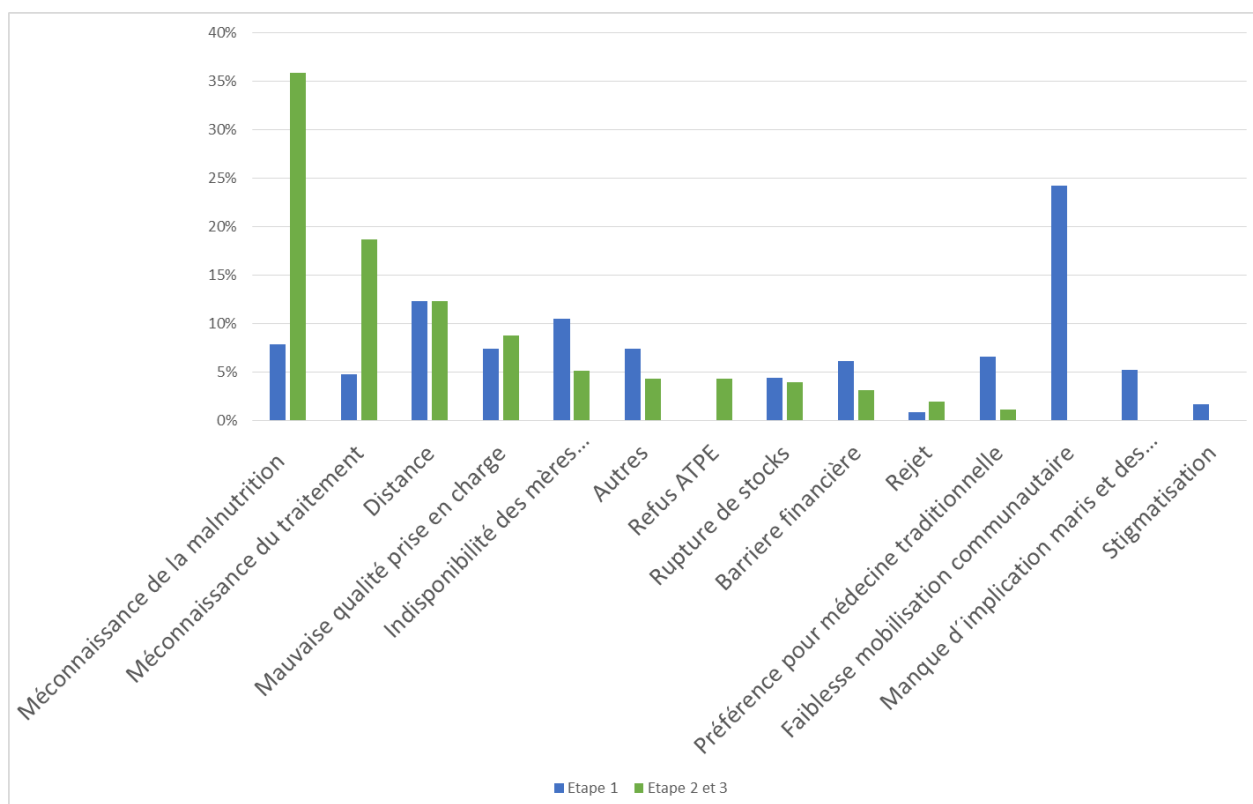


Les résultats des enquêtes SQUEAC qui ont été déjà eu lieu sont disponibles dans l'Annexe 4. Les rapports complets sont disponibles et peuvent être téléchargés sur le site internet CMN : <http://www.coverage-monitoring.org/useful-reports/mali/>.

Les enquêtes SQUEAC planifiées pendant les mois qui suivent sont comme suit :

ONG	Région/District	Période
Save	Mopti/Mopti	Octobre 2014
TDH	Ségou/Markala	Octobre 2014
MDM	Mopti/Ténienkou	Nov / Dec 2014
IRC	Koulikoro/Kati	Janvier 2015
CRF	Kayes/ Kayes	Fevrier 2015
CRF	Kayes/ Yelimané	Fevrier 2015
CRB	Kayes / Nioro de Sahel	Fevrier 2015

ANALYSE DES BARRIERES PRINCIPALES



Le graphique ci-dessus représente les principales barrières d'accès aux soins identifiés pendant les enquêtes SQUEACS réalisées au Mali. Les pourcentages correspondent à la récurrence des réponses et au résultat des pondérations pour chacune des barrières. Les barrières analysées pendant l'étape 1 de l'enquête (barres bleues), sont les perceptions des professionnels et de la communauté qui ont été recueillies à travers la collecte des informations qualitatives. Les barres vertes correspondent aux réponses données par les mères des enfants malnutris non couverts (recherche des cas) à travers un questionnaire sur les raisons de « non couverture » de l'enfant.

La barrière « méconnaissance de la malnutrition » recouvre une réalité plus complexe : la confusion des symptômes avec ceux du paludisme ou encore une interprétation traditionnelle des signes de la malnutrition, conduisent les enfants à des itinéraires thérapeutiques inappropriés : automédication, achat de médicaments chez les vendeurs ambulants ou médecine traditionnelle. On peut constater que cette explication est plus souvent avancée par

les mères des enfants non couverts que par l'ensemble de la communauté interrogée. On peut aussi souligner que la compréhension des causes de la malnutrition et la reconnaissance des signes par la communauté demeure une faiblesse majeure du système d'information et de prise en charge. Cela est confirmé par l'abondance de termes pour définir la maladie utilisés par la population dans les différentes langues locales.

La méconnaissance du traitement (Existence d'un programme spécifique, disponibilité des médicaments, gratuité, jour de prise en charge) concerne près de 20% des mères des enfants non couverts. Ce résultat est à mettre en parallèle avec la faiblesse de la mobilisation communautaire constatée lors de l'étape 1. Cela signifie également l'insuffisance du dépistage de la malnutrition au niveau communautaire.

Le problème de la distance est avancé, aussi bien lors de l'étape 1 que lors des étapes 2 et 3. Il est certain que cette barrière est relative à la situation géographique des villages par rapports au CSCOM. Mais le problème de la distance est surtout relatif à l'accès aux moyens de transport disponibles dans les villages (moto, charrettes), aux moyens financiers dont dispose la famille pour payer un transport (mototaxi, pirogue, carburant, transport en commun) ou encore au temps du trajet (disponibilité des mères) ou à la sécurité sur le chemin. La question de la distance reflète, parfois, le problème de l'implication des pères concernant la sante des enfants. En effet, les hommes possèdent souvent les moyens de transport ou y ont accès plus facile.

La mauvaise qualité de la prise en charge reflète, à la fois les problèmes d'accueil, le manque d'information partagée pendant les admissions et la prise en charge (relation soignant-soigné) et les incompréhensions générées par des séjours trop longs dans les programmes, des approximations dans l'application du protocole national (critères d'admission et de décharge) - ce qui rejoint également la barrière « rejet » (le refus d'admission est rarement expliqué aux accompagnants des enfants) ou encore les insuffisances liées au transfert dans les URENI pour les cas avec complications.

L'indisponibilité des mères peut-être causée par leurs occupations et s'analyser en fonction des saisons (calendrier agricole) et parfois être aggravée par le refus des maris de voir la mère s'absenter des travaux ou du foyer. Les cas de grossesse et de maladie de la mère constituent également les causes de « l'indisponibilité » : la sante maternelle et l'absence de planification familiale sont alors à investiguer.

Le refus de l'ATPE par les enfants peut interpeller sur la bonne pratique du test de l'appétit à l'admission. Dans le cas présent il s'agit plutôt des inquiétudes des mères (barre verte dans le graphique) face à un produit méconnu : représentations du Plumpy Nut, craintes des effets secondaires (diarrhées, vomissement), mauvaise compréhension du mode d'administration (fractionnement de la prise) et manque de disponibilité de la mère pour prendre le temps nécessaire à la prise du sachet.

L'expérience est sans appel : la rupture de stock des intrants nuit à la couverture des programmes ; cela décourage les mères qui ont parfois fait un laborieux déplacement jusqu'au centre et cela fait une mauvaise publicité. Au Mali, il semble que les ruptures de stock concernent plus le Plumpy Sup que le Plumpy Nut, mais l'amalgame est sans doute fait au niveau communautaire.

Ce type de confusion peut aussi concerner le coût de la prise en charge. Si la politique nationale est de garantir la gratuité de la consultation et des traitements pour les cas de malnutris sévères, des confusions et des inégalités apparaissent sur le terrain : certains CSCOM appliquent

la réglementation, d'autres réclament aux familles le prix du ticket modérateur (entre 400 et 500FCFA) pour tous les cas. Les CSCOM qui font payer uniquement pour les cas de modérés suivent bien la réglementation mais on peut comprendre que pour la communauté le risque de devoir payer se maintient dans les esprits : les approximations de la connaissance de la malnutrition ne permettent pas aux familles de distinguer modéré et sévère. Et lorsque c'est le cas (grâce à l'appui du relais ou de l'agent de sante), la tentation d'attendre que l'enfant devienne un cas sévère pour bénéficier de la gratuite de la prise en charge peut avoir un fort impact pour les familles les plus pauvres.

La préférence pour la médecine traditionnelle est plus souvent citée par la communauté que par les mères des enfants non couverts par le programme. Cela s'explique en partie par le fait qu'au Mali, les mères ne sont pas décisionnaires pour ce qui concerne le recours aux soins. La décision revient plutôt au chef de famille (grand-père) puis ensuite aux pères. Les mères ne peuvent pas réellement déclarer une préférence pour la médecine traditionnelle. Les entretiens qualitatifs démontrent néanmoins que pour beaucoup, le guérisseur constitue le premier recours aux soins et reste un personnage clé pour l'orientation des enfants dans la majorité des communautés rurales.

La terminologie « faiblesse de la mobilisation communautaire » n'est pas adaptée aux questions posées aux mères. Elles ne peuvent donc pas y voir une barrière à l'accès aux soins. La communauté dans son ensemble – et de surcroît les acteurs de sante - est pourtant bien consciente (25% des réponses) des insuffisances de la stratégie de mobilisation communautaire : faiblesse du dépistage communautaire, peu d'implication de la communauté villageoise dans la diffusion des informations, la planification ou le suivi des activités nutritionnelles. La gestion des CSCOM par les ASACO est bien une organisation à base communautaire, elle ne répond que très partiellement aux besoins d'une implication et d'une adhésion de l'ensemble de la communauté. La conséquence en est le manque d'implication des maris ou des leaders communautaires pour lutter contre la malnutrition. L'ensemble de la charge est répartie sur les femmes (avec un faible pouvoir décisionnaire, peu de capacité financière, peu de disponibilité etc.) ou sur les relais dont on connaît les contraintes et les limitations : paquet d'activité trop lourd, peu de motivation financière, légitimité communautaire parfois contestée, assiduité aléatoire etc.

Pour finir, la stigmatisation des familles d'enfants malnutris n'apparaît pas comme un problème majeur dans le pays. Toutefois, sur le terrain, on peut percevoir des signes de marginalisation de certains groupes socio-culturels ou des sentiments de honte plus saillants dans certains segments de la population.

LES BOOSTERS PRINCIPAUX

Les boosters principaux dans les programmes PCIMA identifiés par les enquêtes SQUEAC incluent :

- La gratuité des soins
- L'opinion positive du programme
- L'efficacité du traitement
- La mise en place de Visites à Domicile (VAD) pour les absents et abandons
- L'amélioration de la prise en charge notamment par l'intensification des supervisions
- L'implication des chefs de villages
- La distribution de kits d'hygiène à la décharge de l'URENAS
- Les sessions de sensibilisation
- Les Relais communautaires actifs, connus et motivés et la motivation des agents de santé
- L'influence des cash geris

LE PLAN D'ACTION POUR LA MISE A L'ECHELLE DES ENQUETES DE COUVERTURE AU MALI

Pendant l'atelier, les participants ont contribué à l'élaboration d'un plan d'action pour la mise à l'échelle des enquêtes de couverture au Mali pour 2014 et 2015. Ce plan est présenté page 8.

Les objectifs globaux du plan d'action sont :

1. **A travers les formations-enquêtes conduites par le CMN, formation d'un pool de personnes capables de réaliser des enquêtes SQUEAC.**
 2. **Elaboration d'un groupe technique pour les enquêtes de couverture**
 3. **Après 2015 : Créer un pool de formateurs.**
-
1. **A travers les formations-enquêtes conduites par le CMN, formation d'un pool de personnes capables de réaliser des enquêtes SQUEAC.**

Prochaines étapes :

ETAPE	RESPONSABILITE	QUAND ?
Continuer à consolider tous les rapports des enquêtes et actualiser les résultats dans le profil des pays initié par CMN	CMN	Immédiat et en cours
En fonction des besoins en enquêtes SQUEAC identifiés à la suite des résultats de l'enquête nationale SLEAC (cercles à couverture faible et élevée) et des enquêtes SQUEACs déjà planifiées recensées lors de l'atelier, identifier les partenaires et financements pour les besoins de SQUEAC non couverts	CMN + la Coordinatrice du Cluster (participation des PARTENAIRES)	Octobre 2014 et en cours
Elaborer un calendrier de formations pour 2014-2015 au niveau national. La première formation théorique-pratique aura lieu à Ségou à la mi-septembre et les dates des futures formations seront à déterminer. Les principes retenus pour les formations sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Coupler le renforcement des capacités en invitant des personnes d'organisations partenaires dans les régions où les SQUEAC vont être menées • Coupler la formation théorique par une formation pratique via la participation à l'exécution d'une enquête SQUEAC 	CMN + PARTENAIRES	Novembre 2014
A travers les formations-enquêtes conduites par le CMN, former un pool de personnes capables de réaliser des enquêtes SQUEAC	CMN + PARTENAIRES	Pendant 2015
Un atelier facilité par le CMN avec les buts suivants: discuter les leçons apprises et s'accorder sur les prochaines étapes	CMN, ET PARTENAIRES	Nov-Dec 2015

2. Elaboration d'un groupe technique pour les enquêtes de couverture

Afin d'assurer la qualité des enquêtes de couverture en Mali et de saisir les leçons apprises pendant les enquêtes de couverture, **un groupe technique pour les enquêtes de couverture** sera établi au sein du Cluster de Nutrition.

Les responsabilités principaux du groupe seront de :

- I. Assurer la qualité des enquêtes de couverture en développant et adoptant une grille de validation (avec l'appui technique de CMN).
- II. Coordonner avec CMN le besoin en appui technique nécessaire pour les enquêtes SQUEAC et formations.
- III. Faciliter un forum d'échange où les organisations impliquées dans la PCIMA et qui effectuent des enquêtes SQUEAC peuvent partager les informations sur les boosters, les stratégies qui fonctionnent, les solutions aux barrières.
- IV. Coupler des recherches qualitatives aux enquêtes SQUEAC afin d'approfondir les connaissances, croyances et pratiques des communautés par rapport à la malnutrition. Sur base des recherches qualitatives approfondies, **élaborer une stratégie de mobilisation communautaire.**
- V. Intégrer une **SQUEAC annuelle** comme outil de monitoring dans les programmes PCIMA

Le groupe se rencontrera sur une base ad hoc, autant que nécessaire pour atteindre ses objectifs. Toutefois, si possible, le groupe se rencontrera au moins tous les trois mois. Les membres du groupe seront définis au démarrage du processus avec l'aide du cluster nutrition.

Prochaines étapes :

ETAPE	RESPONSABILITE	QUAND ?
Lors de la prochaine réunion du cluster de nutrition, présenter les responsabilités principales du groupe technique pour les enquêtes de couverture, identifier les membres du groupe et fixer la date pour la première réunion	UNICEF	Prochaine réunion du cluster de nutrition (Nov. 2014)
Mettre à jour les résultats des enquêtes de couverture dans la base de données des enquêtes SQUEAC / SLEAC	CMN	Immédiat et en cours
Pendant la première réunion du groupe technique, décider des modalités opératoires du groupe et discuter comment établir le forum d'échange et son fonctionnement	Le groupe technique	Avant la fin de 2014
Valider la grille de validation et l'utiliser lors de chaque enquête SQUEAC	Le groupe technique	Dec. 2014 et lors de chaque enquête SQUEAC
Lancer le forum d'échange (ex. le groupe technique présente aux autres partenaires les résultats principaux des enquêtes SQUEAC et enquêtes qualitatives récentes)	Le groupe technique	Jan / Fév. 2015

Annexe 1 : Ordre de jour de l'atelier**20 Aout 2014**

HORAIRES	SUJET	PRESENTATEUR(S)
09.00 - 09.15	Mots de bienvenue	CMN + UNICEF + DN/DNS
09.15 - 09.30	Objectifs de la réunion et présentation de l'ordre du jour	CMN
	LA SITUATION ACTUELLE	
09.30 - 10.00	Malnutrition aiguë sévère : - Quelle est l'ampleur du problème ? - Quelle est la situation de la malnutrition aiguë sévère dans le pays? - Où sont les services actuellement fournis? - Quelles organisations soutiennent la PCIMA ?	DN/DNS
	OPTIONS DE ZONES NATIONALES A COUVRIR	
10.00 - 11.00	Quelle méthode faudrait-il utiliser ? - S3M et SLEAC : Un aperçu des résultats, méthodes et expériences dans le pays - Q&R	CMN
11.00 - 11.15	PAUSE CAFE	
11.15 - 13.00	SLEAC : - Comment interpréter les résultats? - Quelles sont les exigences pratiques? - Exercices de groupe	CMN
13.00 - 14.00	PAUSE DEJEUNER	
	EVALUATION DE LA COUVERTURE AU NIVEAU LOCAL	
14.00 - 14.30	Quelle méthode faudrait-il utiliser ? - SLEAC ET SQUEAC	CMN
14.30 - 15.30	SQUEAC : - Quelles sont les exigences pratiques? - Comment assurer la qualité des évaluations ?	CMN
15.30 - 17.00	Exercices pratiques sur la SQUEAC	Travaux de groupe

21 Aout 2014

HORAIRES	SUJETS	PRESENTATEUR
09.00 – 09.30	Résumé de la première journée	CMN
09.30 – 10.45	PRESENTATION DES EVALUATIONS DE COUVERTURES MENEES AU MALI (2013 – 2014)	
	Présentation des résultats de l'enquête de couverture nationale SLEAC -Processus, résultats et recommandations - Q&R	DN+CMN
10.45 – 11.00	PAUSE CAFE	
11.00 – 12.00	Leçons apprises - Tendances des « boosters » et barrières de l'accès au traitement au Mali - Bonnes pratiques	Travaux de groupe
12.00-12.45	Présentation des résultats des enquêtes de couverture locales SQUEAC - Localisation de toutes les évaluations de couverture réalisées dans le pays. - Résultats de ces évaluations	CMN
12.45 – 13.45	PAUSE DEJEUNER	
13.45 – 15.00	Recommandations et plan d'action pour améliorer la couverture au Mali	Travaux de group
15.00 – 16.00	CONSEQUENCES SUR LA POLITIQUE NATIONALE ET PROCHAINES ETAPES	
	Elaboration d'un cadre pour les évaluations de couverture dans le pays: - Planification et localisation des prochaines évaluations - Opportunités pour le renforcement des capacités, le partage d'informations et la création des connaissances - Cartographie des capacités locales et des besoins de renforcement	Cluster Nutrition + CMN
16.00 – 16.30	Résumé des points d'action et clôture de l'atelier	CMN + UNICEF+DN/DNS

Annexe 2 : La liste des participants de l'atelier CMN le 20-21 Aout 2014

Nom du participant	Organisation	Poste	Adresse email
Daouda Alhousseini	AAG-GAO	Chef de Projet Nutrition	daoudagaoaag@yahoo.fr
Claude Chigangu	ACF-E	Coordinateur Santé/Nutrition	cchigangu@ml.acfspain.org
Franck Ale	ACF-E	Epidemiologiste	fale@ml.acfspain.org
Sophie Renault	ACTED	Responsable programme nutrition	sophie.renault@acted.org
Oumou Hane Tauré	Alima	Data Manager	amcpdatamanager@gmail.com
Dr Ragounandea Guéodiba Appolinaire	AVSF	Corodinateur Adjoint	g.ragounandea@avsf.org
Ouassa Sanogo	Cooperation Canadienne	Conseilleur Santé	ouassa.sanogo@uapmali.org
Jaques Fabien Edwige	COOPI	Coordinateur Nutrition	nutrition.mali@coopi.org
Jose-Luis Alvares	Coverage Monitoring Network	Coordinateur Technique	j.alvarez@actionagainsthunger.org.uk
Aziz Goza	Coverage Monitoring Network	Regional Coverage Advisor	agoza@hki.org
Carine Magen	Coverage Monitoring Network	Conseilleur de Mobilisation Communautaire	c.magen@actionagainsthunger.org.uk
Idrissa Ouadraogo	CRB	Assistante Technique nutrition	idrissa.ouedraogo@croix-rouge.be
Daouda M'Bodj	CRF	Délegué Nutrition	nut-felimane.frc@crois-rouge.fr
Dr Modito Traore	Direction Nationale de Santé, Division Nutrition	Chef de Division Nutrition	modtia2011@gmail.com
Dr Binta Keita	Direction Nationale de Santé, Division Nutrition	Directrice Nationale de la Santé	bintakeita11@yahoo.fr
Dr Cissé Ibrahimé	Direction Nationale de Santé, Division Nutrition	Responsable de formation PCIMA	drcissekays@yahoo.fr
Bakary Koné	Direction Nationale de Santé, Division Nutrition	Chargé de la gestion des données nutritionnelles	bakurusa@gmail.com
Moctar Traore	Direction Nationale de Santé, UPFIS	C / IS	traorem35@yahoo.fr
Mme Rokiatou Sow	Direction Nationale de Santé, Division Nutrition	Chargé de la PCIMA	
Angela Schwarz	ECHO	Assistante Technique	angela.schwarz@echofield.eu
Dr Walter Taminang	IMC	Nutritionniste	wtaminang@internationalmedicalcorps.org
Dr Kamian Kadiatou	INRSP	Chercheur en nutrition	
Vinima Traoré	INSTAT	Chef Division Carto	traorevinima@yahoo.fr
Issiaka Traore	IRC	Data Manager	Traore.Issiaka@rescue.org
Dr Mohamed El Moctar	IRC	Medical Manager	Mohamed.ElMoctar@rescue.org
Alba D. Tomé	Medicus Mundi	Coordinatrice Nationale	medicmundi.mali.echo@gmail.com
Dr Diomande Arbaha	MSF-F	Assistante Coordinatrice Médicale	acomedsff@yahoo.fr
Niamké Ezoua Kodjo	PAM	Chargé de nutrition	
Dr Sita Sidibé	Plan Mali	HTA	rita.sidibe@plan-international.org
Patrick Shabani	Save the Children	Nutrition Advisor	patrick.shabani@savethechildren.org
Dr Hamidou Traoré	TDH	Chef de Projet	hamidou.tdh@gmail.com
Marcellin Mambo Kalubinda	UNICEF	Nutritionist	mmkalubinda@unicef.org
Anne Laevens	UNICEF	Specialiste Nutrition	ALAEVENS@unicef.org
Dr Makam Coulibaly	Welthungerhilfe	Nutritionniste	makam_Coulibaly@yahoo.fr
Dr Boureima Lassina Dembélé	World Vision	Manager CMAM project	dembeleboureima@yahoo.fr

Annexe 3: Barrières principales identifiées pendant les Etapes 1, 2 et 3 des enquêtes SQUEAC du projet CMN

Barrière	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 2 et 3	Etape 1	Etape 2 et 3
Méconnaissance de la malnutrition □	18	27	63	90	8%	36%
Méconnaissance du traitement	11	22	25	47	5%	19%
Distance	28	5	26	31	12%	12%
Mauvaise qualité prise en charge	17	9	13	22	7%	9%
Indisponibilité des mères (occupation/maladie)	24	7	6	13	11%	5%
Autres	17	6	5	11	7%	4%
Refus ATPE	0	6	5	11	0%	4%
Rupture de stocks	10	0	10	10	4%	4%
Barrière financière	14	5	3	8	6%	3%
Rejet	2	4	1	5	1%	2%
Préférence pour médecine traditionnelle	15	3	0	3	7%	1%
Faiblesse mobilisation communautaire	55	0	0	0	24%	0%
Manque d'implication maris et des autorités locales	12	0	0	0	5%	0%
Stigmatisation	4	0	0	0	2%	0%
	227	94	157	251		

Annexe 4 : Sommaire des enquêtes de couverture effectuées au Mali

DISTRICT SANITAIRE	ORGANISATION	DATE D'ENQUETE	REGION	TYPE D'ENQUETE	CONTEXTE	TYPE D'ESTIMAT	ESTIMAT DE COUVERTURE
Kita	ACF	Mar-13	Kayes	SQUEAC	Rural	Actuelle	24.9%
Kita	ACF	Dec-13	Kayes	SQUEAC	Rural	n/a	Etapes 1 et 2
Mopti	Save the Children	Oct-13	Mopti	SQUEAC	Rural	n/a	Etapes 1 et 2
Koutiala	HKI	Dec-13	Sikasso	SQUEAC	Rural	Actuelle	25.7%
Ménaka	IRC	Apr-14	Gao	SQUEAC	Rural	Actuelle	11.0%
Nara	IRC	Apr-14	Koulikoro	SQUEAC	Rural	Actuelle	26.8%
Tominian	World Vision	Juillet 2014	Segou	SQUEAC	Rural	Actuelle	19.7%
Bamako (Cercle VI)	ACF	Juillet 2014	Bamako	SQUEAC	Urbain	n/a	Etapes 1 et 2
Kenieba	Medicus Mundi	Aout 14	Kayes	SQUEAC	Rural	Actuelle	28.7%
Macina	Terre des Hommes	Sep-14	Segou	SQUEAC	Rural	Actuelle	33.2%
DISTRICT SANITAIRE	ORGANISATION	DATE D'ENQUETE	REGION	TYPE D'ENQUETE	CONTEXTE	CLASSIFICATION	
Markana	Terre des Hommes	Jan-14	Ségou	SLEAC	Rural	Faible	
Macina	Terre des Hommes	Jan-14	Ségou	SLEAC	Rural	Moyenne	
REGION	DATE D'ENQUETE	TYPE D'ENQUETE	TYPE D'ESTIMAT	ESTIMAT DE COUVERTURE			
Koulikoro	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	31.9%			
Kayes	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	24.5%			
Segou	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	N/A			
Sikasso	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	23.5%			
Mopti	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	12.8%			
Tomboctou	Juin 2014	SLEAC	Actuelle	18.8%			
OVERALL	Juin 2015	SLEAC	Actuelle	22.3%			

Annexe 5 : Résultats de travaux de groupe de mobilisation communautaire

A partir des barrières principales identifiées lors des enquêtes réalisées au Mali, le groupe a cherché à définir des activités pour améliorer la mobilisation communautaire et la couverture des programmes :

- ✓ Quels sont les principaux obstacles à l'accès au service de PCIMA dans vos programmes ?
- ✓ Quels sont les principaux boosters à l'accès au service de PCIMA dans vos programmes?
- ✓ Que faites-vous en termes de Mobilisation Communautaire dans vos programmes ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Pourquoi ?
- ✓ Avez-vous l'intention d'améliorer ou de mettre en œuvre des activités de mobilisation communautaire dans vos programmes ?

Qu'est-ce que vous aimeriez savoir avant la mise en œuvre de la Mobilisation Communautaire pour la PCIMA ? Quel genre de soutien recherchez-vous ? Les résultats des discussions ont été synthétisés dans la table en bas.









Ci-dessous se trouvent le résultat des discussions de groupe. Ces recommandations n'ont pas été validées par l'ensemble du groupe et mériteraient d'être davantage discutées et développées, probablement au sein du forum d'échange sur les barrières et boosters, qui sera mis en place comme recommandation de cet atelier.

BARRIERES	ACTIVITES	CALENDRIER	OPERATEUR	FINANCEMENT
Méconnaissance du service, méconnaissance du traitement	Séances de sensibilisation auprès des structures et de la communauté sur le programme	1 x trimestre	DTC + chargés Nut + relais	ASACO + Partenaires
	Cible : leaders + agents de santé + réseau communautaire			
	Sensibilisation des agents de santé			
	Communication sur les traitements au niveau communautaires			
Moyens de déplacement, distance, transports	Plaidoyer pour CSCOM additionnels	Immédiat	Médecin district,	Etat + partenaires
	Mise en place de moto-ambulance	Moyen-terme	Associations, DRS, Leaders, MCD, DTC	ASACO
	Comité de gestion pour recouvrement des coûts	Mensuel		ASACO + partenaires
	Décentralisation de la PCIMA (Comme pour	Continu		

	les MAM)			
	Mise en place d'équipes mobiles dans certaines zones	Continu		
BARRIERES	ACTIVITES	CALENDRIER	OPERATEUR	FINANCEMENT
Méconnaissance de la malnutrition	Plaidoyer sur la reconnaissance de la malnutrition comme problème de santé publique au niveau de l'autorité sanitaire	1 x an	DTC, MCD, ASACO	Etat + partenaires
	Identification des canaux de sensibilisation dans la communauté	?	?	
	Investigation sur la perception/représentations de la maladie puis adaptation des outils et messages	?	?	?
Faiblesse de la mobilisation communautaire	Finaliser les documents sur la stratégie et principes de la mobilisation des relais communautaires	1x an	Ministère de la Santé	Etat + partenaires
	Formation des relais communautaires	D'ici fin du 1 ^{er} trimestre 2015		
	Gestion participative des programmes avec la communauté		Constituer un groupe de travail pour suivi du processus avec l'appui expert CMN	
	Enquêtes qualitatives			
	Après les enquêtes : élaboration d'une stratégie de mobilisation communautaire et de communication			
	Evaluation de l'impact de la stratégie	2016		

Annexe 6: Résultats des formulaires d'évaluation

25 formulaires remplis

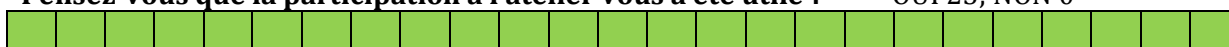
EXCELLENTE		OUI	
BONNE		NON	
ACCEPTABLE		PAS DE REPONSE	
MAUVAISE			
PAS DE REPONSE			

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la qualité de l'atelier?

EXCELLENTE 4; BONNE 19; ACCEPTABLE 1 ; MAUVAISE 0; PAS DE REPONSE 1



Pensez-vous que la participation à l'atelier vous a été utile ? OUI 25; NON 0



Pensez-vous que l'atelier a atteint son principal objectif, à savoir délimiter une stratégie nationale claire sur la couverture ?

OUI 17; NON 5; PAS DE REPONSE 3



ORGANISATION

Avez-vous été informé suffisamment à l'avance de la tenue de cet atelier ?

OUI 19; NO 6 ;PDR 0



Vous a-t-on fourni des informations pertinentes à l'avance au sujet du contenu de l'atelier? OUI 20; NON 4; PDR 1



Si la réponse est non, quelle information supplémentaire auriez-vous voulu savoir à l'avance ?

J'ai reçu l'information un peu tardive de la tenue de l'atelier

Comment évalueriez-vous la qualité des matériaux imprimés fournis dans le cadre de l'atelier ? EXCELLENTE 7; BONNE 16; ACCEPTABLE 1 ; MAUVAISE 0; PAS DE REPONSE 1



Comment évalueriez auriez-vous la qualité des matériaux numériques fournis sur les clés USB du CMN ? EXCELLENTE 8; BONNE 14; ACCEPTABLE 2 ; MAUVAISE 0; PAS DE REPONSE 1



Pensez-vous vous servir de ces matériaux dans le futur ? OUI 25; NON 0



Quels autres matériaux liés à la couverture vous auraient-il été utiles ?

Calcul échantillon

Résultats SLEAC / SQUEAC

Résultats SLEAC nationale récentes

Cartographie des ONG

Bonnes exemples des enquêtes de couvertures
Le protocole d'enquête
Outils de calcul automatiques
Imprimer les questions pour les travaux de groupe

EMPLACEMENT**Comment évalueriez-vous la qualité de l'emplacement de l'atelier ?**

EXCELLENTE 8; BONNE 12; ACCEPTABLE 5 ; MAUVAISE 0; PAS DE REPONSE 0

**Avez-vous été en mesure de voir et d'entendre toutes les présentations ?**

OUI 22 ; NO 3 ; NR 0

**SESSIONS****Comment évaluez auriez-vous la quantité des sessions de participation dans le cadre de l'atelier? TROP PEU 1; ADEQUATE 24; TROP NOMBREUSES 0****Comment évalueriez-vous la qualité des présentations ?**

EXCELLENTE 5; BONNE 17; ACCEPTABLE 3 ; MAUVAISE 0; PAS DE REPONSE 0

**Avez-vous trouvé les sessions de groupe utiles? OUI 24; NON 1; PDR 0****Selon vous, comment pourraient-elles être améliorées ?**

Plus de temps pour l'échange, partage et la réflexion dans les exercices pratiques
Faire plus de sessions de groupe car elles décompressent les participants
Plus de formation technique sur la SQUEAC, SLEAC et S3M
La coloration jaune dans les présentations est peu lisible sur un fond blanc
Certaines présentations étaient peu lisibles en raison de la taille
Nous donner des opportunités de formation en statistiques nutritionnelles
Une journée de préparation locale (CMN et MSP, UNICEF) dans le pays et sur le lieu de l'atelier (révision du planning et contenu de l'atelier)
Mieux structuré avec modérateur (pers. De ressource) au sein de chaque groupe
Faire la session en 3 jours afin d'accorder une journée entière au cas pratique

Avez-vous l'impression d'avoir eu suffisamment d'occasions de participer et de partager?

OUI 22; NON 3

**D'autres commentaires ou suggestions pour des événements futurs.**

Augmenter les activités pratiques / sessions de groupe
Augmenter le nombre de jours de l'atelier
Tenir compte de l'accès à l'hôtel surtout en période hivernale pour le choix du lieu de l'atelier
Le rapport final ne doit plus tarder (1 semaine / 2 semaine max)