PN. ACA-394
93564

REPORT

BASICS

PROPOSITION DES INTERVENTIONS DE BASICS EN MATIERE DE SURVIE DE L'ENFANT

Bamako, Mali

3-18 février 1997

Adama Koné
Mutombo wa Mutombo
Serigne M'Baye Diène
Karen Blyth

BASICS Technical Directive: 001-MA-01-021
USAID Contract Number: HRN-6006-Q-01-3031-00

2

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS

I. INTRODUCTION 1

II. METHODOLOGIE 2

III. RÉSULTATS 3
- A. ANALYSE SITUATIONNELLE 3
  - 1. Nutrition 3
    - 1.1. Situation nutritionnelle des jeunes enfants et de leurs mères 3
    - 1.2. Programmes et activités de nutrition 4
  - 2. Vaccination 6
    - 2.1. Vaccination antitétanique des femmes enceintes 6
    - 2.2. Vaccination des enfants 6
  - 3. Autres Composantes du PMA 7
    - 3.1. IRA (Toux, respiration courte et rapide) 7
    - 3.2. Fièvre 7
    - 3.3. Diarrhée 7
- B. OBJECTIF STRATÉGIQUE 8
- C. RESULTATS INTERMEDIAIRES 9
- D. RECOMMENDATIONS POUR LES ACTIVITES DE BASICS 9
  - 1. ACCES 9
    - 1.1. Nutrition 9
    - 1.2. Vaccination 11
  - 2. Qualite 12
    - 2.1. Nutrition 12
    - 2.2. Vaccination 13
  - 3. Demande 15
    - 3.1. Nutrition 15
    - 3.2. Vaccination 16
  - 4. Capacité 19
    - 4.1. Nutrition 19
    - 4.2. Autres composantes du paquet minimum d'activités: IRA, fièvre/paludisme, diarrhée 20

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 23

ANNEXES

Annexe 1	Propositions d'Interventions de Nutrition—Serigne M'Baye Diène
Annexe 2	Propositions d'Interventions pour la Vaccination, les LMD, IRA, Paludisme—Mutombo wa Mutumbo
Annexe 3	Calendrier des Activités (TIMELINE)
Annexe 4	Liste des Personnes Rencontrées
Annexe 5	Liste des Documents Consultés
Annexe 6	Structure Administrative

ABREVIATIONS

ACO	Afrique Centrale et Occidentale
AMPPF	Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille
ASACO	Association de Santé Communautaire
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCG	Vaccin Antituberculeux
CAP	Country Activity Plan/Plan d'Activité du Pays
CHPS	Community Health and Population Support
CNI	Centre National d'Immunisation
CNIECS	Centre National d'Information, Education, Communication et Santé
CROCEPSS	Comité Régional d'Orientation et de Coordination des Études et Programmes Socio-Sanitaire
CPS	Cellule de Planification et Statistique
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	Centre de Santé Communautaire (financement de la communauté)
DBC	Distribution á Base Communautaire
DE	Division de l'Epidémiologie
DEAP	Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
DHS (EDS)	Enquête Démographie et Sanitaire
DNAS	Direction Nationale des Affaires Sociales
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPT 3	Vaccin contre Poliomyélite, Diphtérie et Tétanos
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSFC	Division de la Santé Familiale et Communautaire
EFDC	Ecole de Formation en Développement Communautaire
EIPC	Ecole des Infirmiers du Premier Cycle
ESS	Ecole Secondaire de la Santé
FED	Fonds Européen de Développement
GIE	Groupement d'Interêt Economique
GIF	Groupe Intersectoriel de Formation
GTZ	Agence Allemande de Coopération
IEC	Information, Education, & Communication
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
JSI	John Snow, Inc.
KFW	Coopération Allemande
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MOH	Ministère de la Santé
MRTC	Malaria Research and Training Centre/Centre de Recherche et de Formation en Paludisme
NGO/ONG	Nongovernmental Organization/Organisation Non-gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale/Planning Familial
PFLM	Gestion Logistique en Planification Familiale

PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPM	Pharmacie Populaire Malienne
PSPHR	Projet Santé Population et Hydraulique Rurale
PVO	Private Voluntary Organization
SOMARC	Social Marketing of Contraceptives
SRO	Sachet de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaire
SMI/PF	Santé Maternelle, Infantile/Planification Familiale
TAACS	Technical Advisor AIDS Child Survival
TRO	Thérapie par Réhydratation Orale
TT2	Vaccin Antitétanique
UMPP	Unité Malienne de Production de Produits Pharmaceutiques
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URO	Unité de Réhydratation Orale
USAID	United States Agency for International Development
WHO/OMS	World Health Organization/Organisation Mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION

Sous le delivery order d'un montant de 500,000 dollars, BASICS a fourni l'assistance technique au Mali pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de travail dans deux régions du Mali couvrant trois districts. Trois objectifs principaux ont été définis par le Ministère de la Santé Publique de la Solidarité et des Personnes Agées et l'USAID pour constituer le cadre d'intervention de BASICS (1) augmenter l'accès et la qualité des services de santé infantile dans le contexte d'une approche intégrée, (2) augmenter la demande et l'utilisation d'interventions curatives et préventives appropriées pour la survie de l'enfant par le recours à des activités d'IEC destinées à modifier les comportements, (3) favoriser l'intégration effective des services de santé infantile, des autres composantes des services de santé de base et de la planification familiale.

Des activités ont été planifiées et mises en oeuvre pour tester une methodologie de prise en charge, utilisant les algorithms standards de l'OMS, ce qui est une étape importante vers une adoption générale de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. BASICS espérait appliquer les leçons apprises de cette expérience dans les trois districts sur une plus grande échelle afin de soutenir la mise en oeuvre de la reforme entreprise par le gouvernement du Mali vers la décentralisation.

En avril 1996, l'USAID Mali a décidé de suspendre toutes les activités planifiées dans le delivery order de BASICS jusqu'à la restructuration complète de la mission. Cependant, la mission a approuvé l'intervention de BASICS pour mener les activités suivantes: l'étude sur la mortalité infantile par la technique de la naissante précédente, l'atelier d'orientation pour l'introduction de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, et la recherche sur le paludisme avec le Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme.

En août 1996, le leader de l'Equipe Initiative Jeunesse a informé BASICS sur le Paquet de Resultats de la Survie de l'Enfant et de la Santé de la Reproduction et a prioritisé les interventions qui devrions être reprogrammés avec le restant des fonds.

En février 1997, une équipe de quatre personnes composée de Mme Karen Blyth de la Division Opération de BASICS/Washington, Dr Adama Koné, Directeur Régional de bureau de l'Afrique Francophone (qui a rejoint l'équipe dans la 2ème semaine) Dr Mutombo wa Mutombo Conseiller Régional pour le PEV/Survie de l'Enfant, et de Dr Serigne M'Baye Diène, Conseiller Régional en Nutrition, s'est rendue au Mali pour élaborer un plan d'activités de deux ans qui s'intègre aussi bien dans la politique sectorielle du ministère de la santé et repond à l'objectif stratégique de jeunesse de la mission tout en mettant l'accent sur la nutrition, la vaccination et le paquet minimum d'activité. L'équipe a travaillé en étroite collaboration avec Dr Sangaré Madina Ba, chef de Division Santé Familiale et Communautaire, Dr Sarmoye Cissé, OMS, Bamako et avec le Groupe Pivot en collaboration avec le ministère de la santé et le groupe Pivot.

Ce document comprend, dans une première partie une analyse situationnelle et un énoncé des résultats intermédiaires selon l'USAID, et dans une deuxième partie l'analyse situationnelle de la

nutrition et de la vaccination et les interventions proposées y inclues les autres composantes du PMA (IRA, Paludisme, Diarrhée). Un tableau de planning des activités est en annexe. Cependant ce tableau de planning ne pourra être finalisé, en ce qui concerne le timing, qu'après avoir discuté avec les services nationaux et autres agences impliquées dans l'exécution du plan.

II. METHODOLOGIE

La Misssion a débuté par des séances de travail avec les responsables concernés de l'USAID et du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées pour passer en revue les termes de références. Ensuite l'équipe a assité aux deux journées de dissémination des résultats de l'Enquête Démographique et Santé 1995/96 du Mali qui lui a permis de recueillir les informations les plus récentes sur les indicateurs socio-démograhiques, la santé de la mère et de l'enfant y compris les données pertinentes sur la nutrition, la vaccination et les maladies de l'enfant : fièvre, IRA et diarrhée.

Des séances de travail séparés ou en groupe ont également eu lieu avec des responsables des services clés du Ministère de la Santé (CNIECS, INRSP, CPSS, Programme Palu, CNI); des responsables des projets du Ministère de la Santé (CHPS/JSI, PSPHR. Projet FED/DNSP, Pop Council); le Directeur du Centre de Recherche et de Formation Médical (MRTC); des responsables des organisations internationales (UNICEF, OMS, qui a mis à la disposition de l'équipe un agent à plein temps); des responsables des ONG (CCA/ONG, le Groupe PIVOT/SE, GIE/Santé pour tous).

Un partage de points de vue a été organisé au siège du groupe PIVOT/SE, avec des représentants des ONG/PVO suivants : Africare, Plan International, Save The Children, Care, Vision Mondiale. Cette séance a permis de mettre en évidence les besoins d'asssistance technique des ONG dans les domaines de la survie de l'enfant. La visite de terrain effectuée dans les CSCOM de Kolèbougou et Mozombala (Cercle de Koulikoro) a permis à l'équipe de mieux comprendre les réalités du terrain.

Des séances de débriefing ont été tenues respectivement à l'USAID avec Harry Birnholz, Directeur Adjoint, Kevin Mullaly, Chef de l'équipe Jeunesse, Karen Hawkins-Reed, Conseillère Technique Survie de l'Enfant, Salif Coulibaly Responsable du Paquet de Résultat Santé et au Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées avec le Secretaire Général et avec le Directeur Adjoint de la DNSP.

8

III. RÉSULTATS

A. ANALYSE SITUATIONNELLE

1. Nutrition

1.1. Situation nutritionnelle des jeunes enfants et de leurs mères

a) La situation nutritionnelle des enfants

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali réalisée en 1995/96 font apparaître des taux de Malnutrition Protéino Energétique (formes modérés et sévères) particulièrement élevés chez les enfants agés de 0 à 36 mois.

- Retard de croissance ou Malnutriton chronique: 30%
- Emaciation ou Malnutrition aigüe: 23%
- Faible poids ou Insuffisance Pondérale: 40%

Comparés aux données de l'enquête EDS I de 1987, ces différents indicateurs révèlent une détérioration sensible de la situation nutritionnelle. Ainsi la Malnutrition Aigüe aurait plus que **doublé,** la malnutrition chronique aurait augmenté de **38 pour cent** et l'Insuffisance Pondérale s'est accrue de **42 pour cent**.

Les enfants agés de 24 à 36 mois et ceux agés de 12 à 23 mois sont les plus affectés par le retard de croissance (47,3 et 40,5 pour cent respectivement). Les taux de malnutrition aigüe ou émaciation sont plus élevés dans les tranche d'âge de 12 à 23 mois (33,1 pour cent) et 6 à 11 mois (27,7 pour cent).

Les régions de Kayes (33,3 pour cent), Sikasso (33,1 pour cent), Ségou (33,0 pour cent) et Koulikoro (30,7 pour cent) ont les taux de malnutrition chronique les plus élevés. Par contre Kayes (16,4 pour cent) a le plus faible taux de malnutrition aigüe et Bamako (27,9 pour cent) le plus élevé suivi par Mopti (26,6 pour cent), et Sikasso (24,6 pour cent).

Le faible taux de Kayes et celui relativement bas de Ségou et Koulikoro pourraient s'expliquer en partie par "la situation alimentaire satisfaisante" (Bulletin SAP, No 113, Situation fin octobre 1995) résultant de leur bonne campagne agricole et pastorale. Par contre certains arrondissements de Mopti (Cercle de Bandiagara en particulier) étaient classés en difficultés alimentaires par le SAP qui en avait prédit "une dégradation de l'état nutritionnel en 1996." Il serait utile de mettre ensemble pour un analyse plus approfondie, ces données de l'EDS et celles sur la situation alimentaire ainsi des données socio-économiques en provenance d'autres sources existantes.

Mais c'est surtout au niveau de l'impact de cette malnutrition sur la mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) que les effets sont encore plus dramatiques. Sur les 238 décès/1000 naissances vivantes, 136 soit **57 pour cent** sont reliés à la malnutrition. **Trois sur quatre** de ces décès reliés à la malnutrition sont dus à des formes **légères ou modérées** et seulement un sur quatre à des formes sévères. Cette constatation indique clairement qu'il faut beaucoup mettre l'accent sur des **stratégies de prévention de la malnutrition.**

Les autres formes de malnutrition due à une carence spécifique à savoir l'Avitaminose A, la carence en fer et la carence en iode sont également considérés comme des problèmes de santé publique même si les données d'enquête les concernant sont précaires.

b) Malnutrition des mères

La malnutrition aigüe mesurée par l'Indice de la Masse Corporelle chez le mères agées de 15 à 49 s'élèvent en moyenne à 16,2 pour cent. Ce taux est plus elevé chez le groupe d'âge des moins de 20 ans (18,7).

c) Pratiques d'alimentation des jeunes enfants

Des pratiques inappropriées d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants sont souvent responsables de la malnutrition. L'EDS II (1995/96) fait ressortir un faible taux **d'allaitement maternel exclusif des nourrissons agés de 0 à 4 mois (12 pour cent)** en légere progression par rapport aux 10 pour cent de EDS I de 1987. Par contre le taux d'introduction d'une **alimentation solide en plus du lait maternel** pour les enfants agés de **6 à 9 mois (31 pour cent)** représente une régression de 33 pour cent par rapport à celui de 1987 (46 pour cent). Ces résultats sont quelque peu surprenantes eu égard aux efforts déployés par le programme national de promotion de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques de sevrage.

1.2. Programmes et activités de nutrition

Des programmes spécifiques de nutrition ont été ou sont en cours d'exécution dans le pays sous la houlette soit des structures publiques soit par les ONG/PVO Leur exécution se répartit entre différentes structures et services du Ministère de la Santé et autres Ministères avec un besoin réel de coordination entre eux.

a) Plan d'Action National sur l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) 1997-2001

Suite à la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) de 1992, le Mali a élaboré son PANAN qui est encore à l'état d'un draft en attendant son approbation officielle par le Conseil des Ministres. Ce document souligne la "dispersion des responsabilités et des compétences nationales, des services techniques et institutions" oeuvrant dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

10

Pour remédier au manque de coordination et de liaison entre les services oeuvrant dans le domaine de la nutrition, il est proposé la mise en place de structures et organes interministériels dont un groupe de technique de pilotage et un secretariat permanent. Le Secretariat permanent devra être rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique. Ces propositions ne sont pas encore effective.

b) Le programme de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire des jeunes enfants

Piloté par la Division de la Santé Familiale et Communautaire, ce programme s'exécute avec la collaboration de l'UNICEF et de l'OMS. A son actif, entre autre, l'élaboration de module de foramation et la formation des personnels des maternités, l'élaboration de matériel éducatif et l'exécution d'acttivités d'IEC.

Comme indiqué ci-haut, les faibles performances enregistrés dans la promotion de l'allaitenment exclusif et les bonnes pratiques de sevrage, suggèrent que des efforts importants devront être accomplis par ce programme pour espérer un changement significatif dans ce domaine. Un soutien de BASICS/USAID doit être prévu à cet effet.

c) Les programmes et projets de lutte contre l'avitaminose A

* Le Programme de Communication pour l'Alimentation et la Nutrition

En collabration avec la FAO, le Mali a développé un projet de soutien aux programmes sahélien de lutte contre la malnutrition et l'avitaminose A en matière de communication. Les activités de ce programme se sont focalisées sur la formation d'équipes intersectorielles pour promouvoir l'utilisation des méthodes et techniques performants de communication.

* Projet de Production de Semences de Cultures Maraîchères

Il vise la promotion de la production et la consommation d'aliments riches en vitamine A. Un test a démarré dans la région de Ségou. FAO, UNICEF, USAID, OMS, et les ONG sont cités comme partenaire.

* Le Projet de Communication pour la Nutrition

Financé par l'USAID, ce projet était le fruit d'une collabration entre l'Academy for Educational Development (AED) et le Ministère de la Santé, particulièrement le CNIECS. Il a concerné une dizaine de ONG et l'UNICEF. Il eu un impact significatif dans la réduction de la malnutrition Protéino Energétique dans les localites concernées. Il sera nécessaire de batir sur les acquis positifs de ce programme pour une réplication dans d'autres zones du pays.

11

* Distribution de Capsules de Vitamine A dans le Cadre du PMA

l'enquête EDS II a montré qu'environ 10 pour cent des enfants de moins de 3 ans ont reçu au moins une dose de vitamine A.

2. Vaccination

2.1. Vaccination antitétanique des femmes enceintes

Selon les résultats de l'Etude Démographique et de Santé (EDS) 1995-96, 51 pour cent des grossesses des trois années qui précèdent l'étude ont bénéficié d'au moins une dose de vaccin anti tétanique; 32 pour cent ont bénéficié de deux doses et plus; près d'une femme sur deux (48 pour cent) n'a bénéficié d'aucune dose.

Le problème est plus aigu en milieu rural où près de trois femmes enceintes sur cinq (58 pour cent) échappent complètement à la vaccination. La situation dans les régions reste préoccupante par rapport à la ville de Bamako. La région de Mopti est celle qui accuse le pourcentage le plus élevé de grossesses non protégées (60 pour cent); viennent ensuite les régions de Kaye, Sikasso, Segou, Koulikoro, et Tombouctou/Gao avec respectivement 52 pour cent, 51 pour cent, 51 pour cent, 50 pour cent, et 40 pour cent.

Un peu moins de la moitié des femmes enceintes (46 pour cent) ont effectué au moins une visite de consultation prénatale (CPN); le nombre médian de visite est de quatre. Toutes les femmes qui se sont rendues à la CPN ont bénéficié d'au moins une dose de vaccin antitétanique. Deux femmes sur trois accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé.

2.2. Vaccination des enfants

Pour le BCG, premier vaccin du calendrier vaccinal, le taux de recrutement est élevé (76 pour cent). Il en est de même pour les premières doses des antigènes à multidoses, le DTC et le vaccin contre la poliomyélite qui sont respectivement à 71 et 73 pour cent.

Le problème majeur qui se pose est celui de la déperdition. Elle est en effet très élevée: sur dix enfants qui ont reçu le BCG, seuls quatre arrivent à completer toute la série de vaccins du PEV (32 pour cent d'enfants sont complètement vaccinés); cinq enfants sur dix qui ont commancé un vaccin à doses multiples n'arrivent pas à completer la troisième ème dose; celle-ce se situe à 39 pour cent pour le DTC et à 39 pour cent pour le vaccin contre la poliomyélite. Le VAR est de 51 pour cent.

Le second problème important est celui des enfants qui échappent complètement au service de vaccination, ceux qui n'ont reçu aucun antigène; un peu plus d'un enfant sur cinq (23 pour cent) se trouve dans cette catégorie. Le problème se pose avec plus d'aquité

en milieu rural (28 pour cent), dans les régions de Kayes (44 pour cent), de Mopti (34 pour cent), de Koulikoro (22 pour cent), et de Segou (20 pour cent).

Le niveau d'instruction de la mère est un facteur déterminant: les femmes sans instruction accusent le taux le plus élevé d'enfants qui échappent à la vaccination (26 pour cent), soit un peu plus de 2 fois que celles qui ont fait l'école primaire et 26 fois plus que celles qui ont le niveau du secondaire et plus.

3. Autres Composantes du PMA

3.1. IRA (Toux, respiration courte et rapide)

L'EDS 1995-96 montre que deux enfants de moins de trois ans sur dix (15%) ont souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines précédant l'étude. Le milieu rural est plus touché que le milieu urbain (16 pour cent contre 14 pour cent). Les régions de Kayes, de Sikasso, et de Tombouctou sont celle ou le problème se pose le plus. Le pourcentage d'enfants tochés y sont en effet respectivement de 26 pour cent, 18 pour cent, et 16 pour cent.

Seul un enfant sur cinq (22 pour cent) a été présenté dans une consultation curative. Les taux les plus bas de consultation se retrouvent dans le milieu rural (17 pour cent), dans les régions de Kayes (13 pour cent), de Koulikoro (16 pour cent), de Ségou (18 pour cent), et de Mopti (18 pour cent).

Le niveau d'instruction de la mère influence la consultation : c'est chez les femmes sans instruction que le taux de consultation est le plus bas (20 pour cent), soit deux fois à celui repporté pour les femme du niveau du secondaire et plus.

3.2. Fièvre

Près de quatre enfants de moins de trois ans sur dix (39 pour cent) ont souffert de fièvre pendant les deux semaines précédant l'étude. Les enfants de Tombouctou/Gao(68 pour cent), des régions de Kayes (48 pour cent), et de Sikasso (41 pour cent) sont les plus atteintes. Les enfants dont les mères n'ont aucune instruction sont près de 1,5 fois plus atteintes (40 pour cent) que celles avec un niveau secondaire ou plus.

3.3. Diarrhée

Trois enfants de moins de trois ans sur dix (25 pour cent) ont souffert de diarrhée pendant les deux semaines précédant l'étude. Parmi eux, un sur cinq avait du sang dans les selles (dysenterie).

Le problème de la diarrhée se pose avec le plus d'accuité en milieu rural (28 pour cent); les régions les plus concernée sont celle de Tombouctou/Gao (33 pour cent), de Kayes (30 pour cent), et de Mopti (29 pour cent).

Une femme sur deux (51 pour cent%) connaît le sachet des selles de réhydratation. La connaissance est basse en milieu rural (40 pour cent); dans les régions de Kayes et de Mopti, la connaissance des mères est encore plus basse; elle est respectivement de 40 pour cent et de 27 pour cent.

La proportion d'enfants souffrant de diarrhée ayant consulté est très basse (13 pour cent). Il en est de même pour l'utilisation du sachet Kénéyadji (16 pour cent). La proportion d'enfant souffrant de diarrhée n'ayant bénéficié ni de la TRO ni n'ayant reçu davantage de liquide est trop élevé (55 pour cent).

Ces proportions nous interpellent particulièrement dans le milieu rural où, un diarrhéique sur dix (12 pour cent) a consulté, un diarrhéique sur dix (12 pour cent) a reçu le sachet de Kénéyadji et où six diarrhéiques sur dix (59 pour cent) n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquide.

I.B. Etude sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade (juillet-août 1995, cercles de Koulikoro, de Koutiala, et de Kadiolo)

L'étude a mis en exergue de grandes faiblesses dans la qualité de la prise en charge des cas de diarrhée, d'IRA et de fièvre/paludisme:

- Quatre cas de diarrhée sur dix non correctement évaluée par le personnel de santé.
- Neuf cas de fièvre/paludisme présumé sur dix non correctement évaluée par le personnel de santé.
- Neuf cas de toux/difficultés respiratoires sur dix non correctement évaluée par le personnel de santé.
- Six,huit pour cent des enfants examinés ont eu leur état nutritionnelle évalué.
- Seize,six pour cent des enfants examinés ont eu leur état vaccinal évalué.

B. OBJECTIF STRATÉGIQUE (comme défini par la mission de l'USAID)

Changements de comportements socio-économiques chez les jeunes

BUT: Des jeunes se portant mieux et prenant des décisions responsables en matière de Survie de l'Enfant (SE) et de Santé de la Reproduction (SR) dans les zones gégraphiques ciblées.

14

C. RESULTATS INTERMEDIAIRES (comme défini par l'USAID)

ACCES: Accès accru au paquet minimum d'activités en SE au niveau communautaire.

QUALITE: Le paquet minimum d'activités en SE offert au niveau communautaire selon les normes nationales et internationales.

DEMANDE: Connaissances, attitudes et pratiques accrues dans les ménages et au sein des communautés concernant le paquet minimum d'activités en SE.

CAPACITE: Renforcement institutionnel et des systèmes à des niveaux appropriés pour améliorer l'offre des services au niveau des comunautés.

D. RECOMMENDATIONS POUR LES ACTIVITES DE BASICS

1. ACCES

1.1. Nutrition

Objectif spécifique : *Accroitre, au niveau des communautés de base,* ***l'accès*** *à des services de prévention de la malnutrition chez les jeunes enfants dispensés par des responsables issus de la communauté.*

Une frange importante de la population en mileu rural vit dans des localités peu ou pas du tout desservies par des structures de santé. Et même pour celles qui ont accès aux services dispensés par ces structures, des activités régulières de prévention de la malnutrition ne sont que très rarement fournies. Or pour réduire les taux élevés de malnutrition protéino energétique et les carences spécifques, il est indispensable de mettre en oeuvre des activités préventives et promotionnelles comme la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants, qui permettent une détection précoce des formes de malnutrition légères et modérées qui sont proportionnellement les plus reliées à la mortalité infanto-juvénile. Le potentiel que représentent les femmes dynamiques et respectées dans chaque communauté n'est pas toujours exploré dans le sens d'une implication ***négociée*** de leur participation dans de telles activités de prévention de la malnutrition comme cela s'est fait dans d'autres pays comme le Sénégal. De plus en milieu rural, il existe beaucoup d'organisations de femmes y inclues les jeunes mères qui s'adonnent déjà à des activités génératrices de revenus par la production maraîchère qui pourraient probablement intégrer dans leurs activités la lutte contre la malnutrition protéino energétique et les carences spécifiques.

Par ailleurs, il est de plus en plus question de tester la possibilité d'inclure des produits comme la vitamine A et d'autres produits de prévention et traitement des maladies de l'enfance dans la gamme des produits de la Distribution à Base Communautaires des

relais communautaires. Des approches innovatives tests doivent donc être développées pour dégager des leçons de telles expériences. Il est également important de mettre au point u système de collecte de données sur la nutrition des enfants à partir du niveau le plus périphérique possible.

Résultats Attendus : Des responsables (surtout des jeunes mères) exécutent efficacement des activités de surveillance de la croissance et/ou l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour une prise en charge précoce de la malnutrition à domicile.

Des modèles de transfert de compétences techniques à des personnes ressources dans la communauté notamment des femmes pour mener des activités de prévention de la malnutrition sont développés, testés et disponibles pour réplication.

Indicateurs : Nombre d'enfants de 0 à 5 ans enrollés dans des activités de nutrition à base communautaire.

Nombre organisations communautaires de femmes qui mènent en leur sein des activités de prévention de la malnutrition en faveur de leurs membres et d'autres mères dans leurs villages.

Nombre de relais communautaires dont les activités de Distribution à Base Communautaires incluent des produits de prévention de carences nutritionnelles spécifiques (vitamine A, fer acide folique).

Activités :

1. Conception et mise en oeuvre d'une approche test pour le transfert de capacités techniques à des personnes ressources (de préferences des femmes) pour la conduite d'activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants et l'éducation nutritionnelle des mamans dans des aires de CS-COM choisis.

   Acteurs principaux : ASACO, Med chef Cercles, ONG/PVO.
   Collaboration technique : DSFC, DNAS, ONG intéressées.

2. Test de l'inclusion de la vitamine A et du fer acide folique dans la gamme des produits disponibles au niveau des relais communautaires pour la Distribution à Base Communautaire dans des localités choisies.

   Acteurs principaux : ASACO, Med chef Cercles.
   Collaboration technique : DSFC, Population Council.

16

1.2. Vaccination

Objectif spécifique : *Augmenter l'accès au service de vaccination, particulièrement pour la femme enceinte vivant loin des structures de santé qui vaccinent, par l'utilisation de "l'Uniject."*

L'EDS 1995-96 a montré que le nombre de grossesse non protégée est très élevé en milieu rural: près de trois femmes enceintes sur cinq (58 pour cent) échappent complètement à la vaccination. La région de Mopti est celle qui accuse le pourcentage le plus élevé de grossesses non protégées (60 pour cent); viennent ensuite les régions de Kaye, Sikasso, Segou, Koulikoro, et Tombouctou/Gao avec respectivement 52 pour cent, 51 pour cent, 51 pour cent, 50 pour cent, et 40 pour cent.

L'utilisation de stratégie inovatrice (Uniject) permettrait de minimiser ce problème. Il s agit d'une seringue monodose auto-destructive et préalablement remplie qu'un agent communautaire (accoucheuse traditionnelle formée à son utilisation ...) peut garder pendant un mois chez lui en dehors des exigences de la chaine de froid; il est réapprovisionné lors des supervisions qui sont effectuées à un rythme mensuel; pendant cette visite, les unités non utilisées sont remplacées par de nouvelles.

L'Uniject assure la sécurité des injections, n'a pas besoin d'une logistique lourde, réduit les taux de perte. Il represente une stratégie effice et efficiente pour améliorer la couverture vaccinale dans les situations où les services de bases ne sont pas accessibles et où les mères ont de nombreux contacts avec les structures non formelles.

Activités :

1. Appuyer le CNI et la DSFC dans l'élaboration d'un protocole de recherche visant à étudier dans le contexte malien la performance et l'acceptabilité de l'Uniject par les mères, la faisabilité de son utilisation au delà de la chaine de froid traditionnelle et la pertinance de son utilisation par les ressources communautaires. (Partenaires: OMS, UNICEF, ONG)

Acteurs: BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant.

2. Appuyer le CNI et la DSFC dans la conduite de la recherche dans les sites choisis.

Acteurs: BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant.

3. Disseminer les résultats de la recherche et élaborer un plan d'extention aux autres zones d'accès difficile.

Acteurs: BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant.

17

2. Qualite

2.1. Nutrition

Objectif spécifique : *Améliorer* ***la qualité*** *des prestations de services pour la détection et de prise en charge correcte des enfants malnutris dans les CSCOM y compris les conseils alimentaires adaptés.*

Avec le développement filgurant des CSCOM dans le pays, la fonction gestion de ces structures semble avoir pris le pas sur la qualité des prestations dans les formations dispensées. Concernant la nutrition, le besoin de recyclage est manifeste lorsqu'on rend visite à certaines de ces structures. Par exemple la pesée des enfants qui viennent en consultation n'est pas un reflexe de routine chez les agents de santé. Ce qui laisse présager un nombre considérable de cas de malnutrition modérée ou légère qui ne sont pas dépistés. Les conseils alimentaires individuels qui devraient accompagner cette activité ne s'en trouvent que limités ou non dispensés du tout.

De plus les activités de surveillance de la croissance des enfants ne s'exécutent généralement qu'au cours des séances de vaccination, ce qui peut en réduire l'intérêt compte tenu de l'eventuelle débordement qui peut survenir surtout lorsque l'agent est seul, d'une part. D'autre part, ce jumelage PEV et activités de surveillance, fait naître très souvent chez la mère, le sentiment que lorsque les vaccinations de l'enfant sont complètes, la pesée aussi s'arrête. Or il se trouve que c'est au cours de la deuxième année de vie de l'enfant que le besoin d'une surveillance régulière est plus utile en raison de l'élevation du risque de malnutrition. Par ailleurs des supports éducatifs sur la nutrition pour faciliter la Communication Interpersonnelle ne sont pas toujours disponibles dans ces structures.

Résultats attendus : Les performances des agents de santé des CSCOM en matière de détection et de prise en charge des cas de malnutrition améliorées.

Des cartes de conseils alimentaires adaptables dévelopées, testées, et produites.

Indicateurs : Pourcentage des enfants malnutris dont l'état nutritionnel est évalué selon les normes et procédures établies.
Pourcentage des mères avec enfants malnutris recevant les conseils appropriés selon les normes et procédures établies.

Activités :

1. Développement de cartes de conseils alimentaires adaptés pour la prise en chargé correcte des enfants malnutris dans les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés CSA et CSCOM, suivant la méthodologie d'adaptation de l'OMS.

18

Acteurs principaux : DSFC, INRSP, CNIECS,
Collaboration technique : OMS.

2. Développement/révision de module de formation et de supervision des activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés et les CSCOM.

Acteurs principaux : DSFC, GIF.
Collaboration technique : OMS, UNICEF.

3. Formation des agents de santé des CSA et CSCOM dans la surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants, la prise en charge correcte des malnutris et l'éducation des mères pour une prise en charge à domicile utilisant le méthode innovatrice de formation à distance.

Acteurs principaux : DSFC, GIF.
Collaboration technique : OMS, UNICEF.

2.2. Vaccination

Objectif spécifique : *Améliorer la qualité des services par l'intériorisation du reflexe vaccinal chez le personnel des CSCOM, CSAR et CSA, et par l'utilisation optimale par ceux-ci du diagramme de vaccination.*

Le personnel de santé se concentre, pendant la consultation curative, sur le besoin ressenti par la mère, et laisse de côté le plus souvent les aspects préventifs, dont la vaccination. Dans l'études sur la prise en charges de l'enfant malade effectuée par BASICS au mois de juillet-août 1995 dans les cercles de Koulikoro, Koutiala et Kadiolo, le statut vaccinal de l'enfant malade n'a été recherché par le personnel de santé que dans seulement 16,6 pour cent des enfants examinés.

Le recrutement, pour les services de vaccination, des enfants et des femmes enceintes lors des différents contacts que ceux-ci ont avec les services de santé est une stratégie qui permet de diminuer les occasions manquées, et ainsi de contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale et à la diminution de la déperdition. Cela implique de la part du personnel de santé l'intériorisation du reflexe vaccinal.

Ainsi, les mères et les enfants seront recrutées non seulent pendant les consultations curatives mais aussi pendant les séances de vaccination de l'un d'entre-eux, ou lors d'un tout autre contact.

L'utilisation correcte du diagramme de vaccination comme tableau de bord permet à l'agent de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA de juger de la mache de son programme vers l'atteinte des objectifs. Cet outil est certe largement utilisé; il ne déclenche cependant pas auprès du personnel des interrogations que son utilisation optimal devrait engendrer.

Résultats attendus : Le personnel de santé vérifie l'état vaccinal des enfants et des femmes enceintes lors de tout contact avec la structure de santé, et réfère à la séance de vaccination, si elle a lieu le même jour, ou donne des conseils relatifs à la vaccination et à la prochaine séance à ceux qui ne sont pas à jour.

Le personnel de santé utilise correctement les diagrammes de vaccination, et partage ses préoccupations avec le comité de l'ASACO et les délégués des villages.

Le personnel de santé utilise correctement l'enquête CAP 100 foyers pour cerner les problèmes de connaissances, attitudes et pratiques de la communauté rapport au service de vaccination qu'il offre et ainsi de bien cibler ses actions dans le domaine de l'IEC.

Indicateurs : Voir objectif spécifique 1.

Activités :

1. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans l'élaboration des instructions relatives au "reflexe vaccinal."

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.

2. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans la révision des modules de formation existant en vue d'y incorporer les instructions relatives au "reflexe vaccinal."

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.

3. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans la révision de l'outil de supervision existant pour y incorporer les élements relatifs à l'utilisation optimale du diagramme de vaccination.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.

70

4. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans l'élaboration et la production d'un guide pour la conduite de l'enquête 100 foyers (les plus proches de la structure de santé).

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.

5. Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et GIF dans la formation du personnel du niveau de CSCOM,CSAR et CSA sur la conduite de l'enquête 100 foyers et l'utilisation des résultats.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.
Superviseurs (équipe socio-sanitaire).
Equipes régionales de formateurs.

3. Demande

3.1. Nutrition

Objectif spécifique : *Accroissement de la* ***demande*** *pour des connaissances sur les moyens et méthodes pour prévenir la malnutrition et les carences spécifiques y compris l'avitaminose A, la carence en fer et en iode.*

Plusieurs programmes et projets d'IEC axés sur la nutrition ont déjà été exécutés avec plus ou moins de bonheur. Beaucoup de supports, beaucoup d'expériences sont disponibles. Or le constat est établi que la malnutrition sévit dans des proportions assez alarmantes. Les bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons dont l'allaitement maternel exclusif durant les quatre premiers mois de vie de l'enfant ainsi que l'introduction d'aliments solides entre six et neif mois sont encore loin de se conformer aux recommandations de l'OMS dans ce sens. Il s'avère nécessaire de tirer toutes les leçons des expériences réussies comme le projet NCP et de batir sur leurs acquis pour développer des approches innovatives en la matière. Etant donné la magnitude et la complexité des problèmes de malnutrition au Mali, il est utile de tirer profit de la disponibilité de l'outil informatique nouveau d'analyse des politiques alimentaires et de plaidoyer pour la nutrition que représente PROFILE pour mieux sensibilser les décideurs politiques sur les enjeux économiques de la malnutrition.

Résutats attendus : Les leçons apprises des exériences réussies d'IEC sont exploitées et utilisées dans des approches innovatives.

Une application de PROFILE pour le Mali est développée et présentée aux décideurs clés.

Indicateurs : Pourcentage des mères appliquant les mesures de bonne pratique alimentaires telles enseignées par les programmes IEC. (Générique: à décomposer selon les thèmes.)

Nombre de décideurs ayant reçu une présentation de PROFILE.

Activités :

1. Soutien technique au comité DSFC/CNIECS/UNICEF sur l'IEC pour le développement et la mise en oeuvre d'approche innovatives pour la nutrition fondées sur l'expérience acquise en la matière et les résultats éventuelles de recherches qualitatives complémentaires.

Acteurs principaux : DSFC, CNIECS.
Collaboration : UNICEF, Groupe Pivot et ONG Interessées.

2. Développement d'une application de PROFILE pour le Mali et mise en oeuvre d'un plan de présentation aux décideurs clés.

Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP, CNIECS, autres membres du comité de pilotage du PANAN .
Collaboration : OMS, UNICEF, BANQUE MONDIALE, GROUPE PIVOT.

3.2. Vaccination

Objectif spécifique : *Accroître et soutenir la demande des services de vaccination dans les communautés vivant dans l'aires des CSCOM, CSAR et CSA qui les prestent.*

Les données de l'EDS 1995-96 ont mis en évidence un taux élevé de recrutement pour les services de vaccination, mais aussi un taux très élevé de déperdition. Cela pose le problème fondammental de l'utilisation des services qui existent, qui elle même, peut être tributaire de leur qualité et des rapports existant entre la communauté et le personnel de santé.

Les comités des ASACO, ainsi que les délégués de villages de l'aire des CSCOM et CSAR, représentent une ressource potentielle remarquable à utiliser dans le cadre de la sensibilisation de la communauté au bénéfice des activités préventives.

Actuellement, leur action est surtout axée sur la gestion des CSCOM et CSAR. Elle pourra, par le partage et la discussion des performances atteintes, être reorientée vers la mobilisation de la communauté, spécialement des mères et des femmes enceintes, pour l'utilisation des services de vaccination (à travers les consultations des nourrissons et les consultations prénatales).

La collaboration avec le ministère de l'enseignement de base présente un potentiel énorme. L'incorporation dans la matière actuellement professée d'hygiène des aspects de vaccination constitue un investissement entrainant des bénéfices immédiats et à long termes. En effet, outre que l'élève est préparé pour sa vie d'adulte à rechercher pour ses propres enfants les services de vaccination, il peut être utilisé dans l'immédiat dans la *"stratégie d'adoption."* Celle-ci préconise la prise en charge par un enfant d'âge scolaire (quatrième, cinquième, et sixième primaire) d'un enfant cible de la vaccination au sein du même ménage ou dans le village. Le parrain aura la responsabilité de vérifier l'état vaccinal de l'enfant et de rappeler à la mère les rendez-vous.

Résultats attendus : Les délégués des villages, les comités des ASACO et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la mobilisation de la communaté pour l'utilisation des services de vaccination.

Les enseigants des classes de quatrième, cinquième, et sixième primaire, forment les élèves sur les vaccins, les maladies du programme élargi de vaccination et du calendrier de vaccination.

Chaque enfant de quatrième, cinquième, et sixième primaire adopte un enfant cible de la vaccination au sein du même ménage ou dans le village, vérifie l'état vaccinal de l'enfant et rappele à la mère les rendez-vous.

Pourcentage accru de femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccins pendant la grossesse.

Pourcentage accru d'enfants complètement vaccinées.

Taux de déperdition pour les vaccins à doses multiple diminué.

Indicateurs : Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccins antitétaniques.
Pourcentage d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés.

Pourcentage d'enfants de moins d'un an vaccinés par antigène.

Taux de perte DTCP1 DTCP3.

Taux de perte BCG rougeole.

Activités :

1. Appuyer techniquement le CNI et le CENIECS pour la conception des messages standardisés ayant trait aux consutations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, le CENIECS.

2. Diffuser messages standardisés ayant trait aux consultations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.

Acteurs :

- L'équipe socio-sanitaires.
- Les ASACO, les délégués des villages.
- Les relais communautaires utilisés dans le cadre de la distribution à base communautaire (CBD).
- Les radios de proximité.

3. Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et le GIF dans l'élaboration d'un manuel à l'intention des enseigants des classes de quatrième, cinquième, et sixième primaire, concernant les vaccins, les maladies du programme élargi de vaccination et du calendrier de vaccination.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF,CNI, DSFC, GIF.

4. Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et le GIF dans la formation des enseigants des classes de quatrième, cinquième, et sixième primaire concernant l'utilisation du manuel élaboré.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, CNI, DSFC, GIF.

5. Procéder au suivi de l'adoption par les enfants de quatrième, cinquième, et sixième primaire.

Acteurs:

- Maîtres d'école.
- Inspection régionales de l'enseignement de base.
- Superviseurs (équipe socio-sanitaire).

24

4. Capacité

4.1. Nutrition

Objectif spécifique: *Renforcer les **capacités** du Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées et ses partenaires des autres Ministères et le Groupe Pivot survie l'Enfant pour la coordination et le suivi des programmes et activités de nutrition.*

Comme souligné dans l'analyse situationnelle, une certaine dispersion des efforts et un manque de coordination des interventions en nutrition sont constatées tant au niveau central qu'en périphérie. A la faveur du développement du PANAN, des propositions sont faites pour tenter de pallier cette situation. Les efforts de rationnalisations et de coordinations ainsi envisagés devront être soutenus par tous les partenaires. D'autre part le Paquet Minimum des Activités qui constitue un des fondements de la Politique Sectorielle gagnerait à une reévaluation et/ou révision de ses composantes relatives à la nutrition pour mieux les adapter aux nouvelles exigences de performances qui se définissent en fonction des améliorations prévues.

Résultats attendus : La mise en oeuvre des politiques et programmes de nutrition est faite d'une manière concertée.

Les normes et procédures en matière de nutrition du PMA sont révisées et publiées.

Indicateurs : Plans conjoints de mise en oeuvre de programmes intra et interministériels.

Normes et procédures révisés appliquées dans les structures visées.

Activités :

1. Renforcement des capacités de la DSFC et de ses partenaires y compris le groupe Pivot pour la révision et l'adaptation des normes et procédures relatives à la nutrition dans le PMA.

Acteurs principaux : DSFC, Groupe Pivot, Gie "Santé pour tous" PSPHR, GIF.
Collaboration: OMS, UNICEF.

2. Soutien technique au Secretariat Permanent (ou tout autre structure désignée) chargé de la coordination de l'exécution du PANAN dans la mise en ouvre des programmes planifiés.

Acteurs principaux : DNSP, CPS, autres Ministères.
Collaboration : FAO, OMS, UNICEF, BANQUE MODIALE.

3. Apui technique à l'analyse approfondie des données sur la nutrition de l'enquête EDSII.

Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP.

Collaboration : Macro International.

4.2. Autres composantes du paquet minimum d'activités: IRA, fièvre/paludisme, diarrhée

Objectif spécifique 1: *Accroître et soutenir la demande, l'accès et la qualité des services curatifs dans les communautés.*

L'EDS 1995-96 a revelé une très faible utilisation des services curatifs pour les cas d'IRA, de fièvre et de diarrhée. Celà signifie que la majorité des cas reccourent à ce qui existe dans la communauté ou ne bénéficie d'aucun traitement. Cette situation nous interpelle en tant qu'opérateurs de la santé et nous oblige à générer des stratégies inovatrices pour rendre possible et améliorer la qualité de la prise en charge au niveau de la communauté.

En outre, les mères devront connaître pour chacune des pathologies citées plus haut, les signes de gravité qui les inciteront à rechercher les soins chez le professionnel de la santé. Les comités des ASACO, des délégués des villages ainsi que les agents utilisés dans la distribution à base communautaire (DBC) présentent un grand potentiel pour véhiculer les message sur la santé.

Résultats attendus : Les délégués des villages, les comités des ASACO, les agents de la DBC et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la délivrance des messages sur la prise en charge à domicile et sur la connaissance des signes de recours relatifs aux IRA, à la fièvre/palu et à la diarrhée.

Une meilleure connaissance des mères sur la prise en charge à domicile et des signes de recours pour les IRA, la fièvre et la diarrhée.

Pourcentage accru d'enfants malades correctement correctement pris en charge à domicile par la mère.

Indicateurs : Pourcentage d'agents de DBC formés.
Pourcentage d'agents de DBC régulièrement approvisionnés.

Pourcentage d'agents de DBC supervisés.

Pourcentage des mères qui connaissent la prise en charge à domicile des IRA, de la fièvre et de la diarrhée.

26

Pourcentage des mères qui connaissent les signes de recours pour les IRA, la fièvre et la diarrhée.

Pourcentage des mères qui connaissent les sachets Kénéyadji.

Pourcentage d'enfants diarrhéiques qui sont traités avec le sachet.

Pourcentage d'enfants diarrhéiques qui reçoivent plus de liquide que d'habitude.

Pourcentage d'enfants diarrhéiques qui sont alimentés plus que d'habitude.

Activités :

1. Appuyer la DSFC et le CNIECS dans le développement des messages standardisés relatifs à la prise en charge à domicile des IRA, de la fièvre/palu et de la diarrhée, et aux signes de recours.

Acteurs : BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, DSFC, CNIECS.

2. Diffuser les messages développés.

Acteurs :

- L'équipe socio-sanitaires.
- Les ASACO, les délégués des villages.
- Les relais communautaires utilisés dans le cadre de la distribution à base communautaire (CBD).
- Radio de proximité.

3. Tester l'inclusion des sachets Kénéyadji et les comprimés de chloroquine dans la DBC.

Acteurs : BASICS, Pop.Council, DSFC, Programme national de lutte contre le Paludisme.

4. Documenter et disseminer les leçons apprises sur l'inclusion de la chloroquine et su sachet Kénéyadji dans la DBC.

Acteurs : BASICS, Pop.Council, DSFC, Programme national de lutte contre le Paludisme.

Objectif spécifique 2: *Accroître la qualité de la prise en charges de l'enfant malade dans les établissements de santé.*

L'étude sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade (1995, Koulikoro, Kadiolo et Koutiala) a mis en exergue de grandes faiblesses dans la qualité de la prise en charge des cas de diarrhée, d'IRA et de fièvre/paludisme.

Le Mali est un pays retenu par le Bureau Régional de l'OMS à Brazzaville comme "early user" de l'approche OMS-UNICEF de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Le processus de l'introduction de l'approche y a déjà débuté: la prévisite a été effectuée par l'OMS; l'atelier d'orientation a été effectée conjointement par l'OMS et BASICS; restent la panification de l'adaptation (clinique, conseils alimentaires, termes locaux), le choix et la préparation du site de formation, le choix des formateurs, la formation des formateurs, et la formation du personnel de santé. Le processus en est long.

Résultats attendus : Meilleure prise en charge de l'enfant malade dans les structures de santé.

Indicateurs : Pourcentage d'enfants malades correctement évalués.

Pourcentage d'enfants malades correctement classés.

Pourcentage d'enfants malades correctement traités.

Pourcentage d'enfants malades dont l'accompagnant a reçu des conseils appropriés.

Pourcentage d'enfants malades dont l'état nutritionel a été évalué.

Pourcentage d'enfants malades dont l'état vaccinal a été évalué.

Activités : Appuyer la DSFC conjointement avec l'OMS/AFRO dans le processus de l'introduction de la PCIME au Mali:

- Adaptation des manuels génériques au contexte malien.
- Choix et préparation des sites de formation.
- Formation des formateurs.
- Choix des cercles pilotes.
- Formation du personnel de santé.
- Suivi du personnel formé.

Acteurs : OMS/AFRO, BASICS, DSFC.

Objectif spécifique 3: *Renforcer les capacités du personnel de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA à documenter les tendances de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire d'activité et de mesurer ainsi l'impact des actions qui y sont menées.*

L'essence des programmes de santé est de diminuer le poids que représente la morbidité et la mortalité, et ainsi de contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie. En dehors d'un bon système de registre de l'état civile, les études de mortalité sont complexes, lourdes et très chères (en terme de ressources humaines, financières et matérieles); L'EDS se fait à une périodicité allant de cinq à dix ans.

Il existe fort heureusement une technique très simple pour mesurer la mortalité des enfants en bas âge (l'Indice de Mortalité au Jeune Age: 0-23 mois); elle s'utilise dans la routine, presque quotidienne, par le personnelle de santé périphérique; c'est la Technique de la Naissance Précédante (TNP).

Elle permet au personnel de santé du niveau périphérique de mesurer l'évolution de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire de responsabilité, et de guger ainsi de l'impact des actions qui y sont menées.

La technique consiste à demander à une mère qui vient à la consultation prénatale, à la maternité (pour accoucher) ou à la consultation des mourrissons (pour la vaccination), si elle a eu avant la présente grossesse, le présent accouchement ou le présent enfant qu'elle a amené à la vaccination une grossesse dont l'issue a été un enfant vivant, et si cet enfant est vivant ou mort.

Le Mali a fait l'objet d'un essai de cet essai sur une période de six mois (avril à septembre 1996) dans les cercles de Kadiolo, Koulikoro et Koutiala. Cet essai a donné des résultats sans différence statistique selon les trois modes de recrutement.

Activités :

1. Appuyer techniquement la DSFC dans la restitution des resultats de l'étude sur la technique de la naissance précédente.
   Acteurs : BASICS, DSFC.

2. Appuyer la DSFC dans la révision, la multiplication et distribution des outils sur la TPN au niveau des CSCOM, CSAR et CSA en vue de mesurer les tendances de l'Indice de Mortalité au Jeune Age.
   Acteurs : BASICS, DSFC.

3. Appuyer techniquement la DSFC dans la formation du personnel des CSCOM CSAR, CSA et de leur superviseurs (équipe socio-sanitaire) sur la TNP.
   Acteurs : BASICS, DSFC.

4. Appuyer techniquement la DSFC dans le suivi et le monitorage de la TNP au niveau des CSCOM, CSAR et CSA.
   Acteurs : BASICS, DSFC.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. La réalisation de ce programme intermédiair de 18 mois passe nécessairement par une collaboration étroite entre les responsables de la DSFC, du Groupe PIVOT/SE et de BASICS.

2. Le Ministère de la Santé, de la Solidarité, et des Personnes Agées (DSFC) et l'US-AID devront donner le plus tôt posssible leur feed back sur les drafts qui leur sont soumis par BASICS en vue de leur finalisation.

3. La finalisation des propositions d'interventions pour BASICS se feront à la suite de la concertation avec les responsables nationaux du Ministère de la Santé de la Solidarité, et des Personnes Agées (DSFC) qui permettra de décider des sites d'intervention et de leur intégration dans les plans d'opération des cercles concernés.

4. Un Conseiller Résident devra, avec l'accord de l'USAID/Mali être recruté par BASICS pour assurer un suivi effectif des interventions retenues.

5. Un plan d'intervention à long terme sera ultérieurement soumis à l'USAID par BASICS.

ANNEXES

ANNEXE 1

PROPOSITIONS POUR DES INTERVENTIONS DE BASICS AU MALI DANS LE CADRE DE LA NUTRITION

INTERVENTIONS BASICS/USAID DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION AU MALI

Bamako le 18 Février 1997

Dr. Serigne M'Baye Diène

RÉSUMÉ

BUT: renforcer les capacités du Ministère de la Santé Publique, et ses partenaires des autres Ministères ainsi que le groupe Pivot des ONG survie de l'Enfant à concevoir et mettre en ouvre des activités pour réduire effectivement la malnutrition chez les jeunes enfants.

Objectif Spécifique 1: *Accroitre, au niveau des communautés de base,* ***l'accès*** *à des services de prévention de la malnutrition chez les jeunes enfants dispensés par des responsables issus de la communauté*

Activités:

1.Conception et mise en oeuvre d'une approche test pour le transfert de capacités techniques à des personnes ressources (de préferences des femmes) pour la conduite d'activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants et l'éducation nutritionnelle des mamans dans des aires de CS-COM choisis.
Acteurs Principaux: ASACO, Med chef Cercles, ONG/PVO
Collaboration technique: DSFC, DNAS, ONG intéressées

2. Test de l'inclusion de la vitamine A et du fer Acide folique dans la gamme des produits disponibles au niveau des relais communautaires pour la Distribution à Base Communautaire dans des localités choisies.
Acteurs Principaux: ASACO, Med chef Cercles
collaboration technique: DSFC, Population Council.

Objectif Spécifique 2 : *Améliorer* ***la qualité*** *des prestations de services pour la détection précoce et de prise en charge correcte des enfants malnutris dans les CSCOM y compris les conseils alimentaires adaptés*

Activités:

1. Développement de cartes de conseils alimentaires adaptés pour la prise en chargé correcte des enfants malnutris dans les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés CSA et CSCOM, suivant la méthodologie d'adaptation de l'OMS.
Acteurs principaux : DSFC, INRSP, CNIECS,
Collaboration Technique: OMS

2. Développement/révision de module de formation et de supervision des activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés et les CSCOM.
Acteurs principaux : DSFC, GIF,
Collaboration Technique: OMS, UNICEF

3. Formation des agents de santé des CSA et CSCOM dans la surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants, la prise en charge correcte des malnutris et l'éducation des mères pour une prise en charge à domicile.
Acteurs principaux : DSFC, GIF,

Collaboration Technique: OMS, UNICEF

Objectif Spécifique 3: *Accroissement de la* ***demande*** *pour des connaissances sur les moyens et méthodes pour prévenir la malnutrition et les carences spécifiques y compris l'avitaminose A, la carence en fer et en iode.*

Activités:

1. Soutien technique au comité DSFC/CNIECS/UNICEF sur l'IEC pour le développement et la mise en oeuvre d'approches innovatives pour la nutrition fondées sur l'expérience acquise en la matière et les résultats éventuels de recherches qualitatives complémentaires.
Acteurs principaux : DSFC, CNIECS
Collaboration: UNICEF, Groupe Pivot et ONG Interessées

2. Développement d'une application de PROFILE pour le Mali et mise en oeuvre d'un plan de présentation aux décideurs clés.
Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP, CNIECS, autres membres du comité de pilotage du PANAN
Collaboration: OMS, UNICEF, BANQUE MONDIALE, GROUPE PIVOT

Objectif Spécique 4: *Renfocer les* ***capacités*** *du Ministère de la Santé dela Solidarité et des Personnes Agées et ses partenaires des autres Ministères et le Groupe Pivot survie l'Enfant pour la coordination et le suivi des programmes et activités de nutrition*

Activités:

1. Renforcement des capacités de la DSFC et de ses partenaires y compris le groupe Pivot pour la révision et l'adaptation des normes et procédures relatives à la nutrition dans le PMA.
Acteurs principaux: DSFC, Groupe Pivot, Gie Santé pour tous PSPHR, GIF
Collaboration: OMS, UNICEF

2. Soutien technique au Secretariat Permanent (ou tout autre structure désignée) chargé de la coordination de l'exécution du PANAN dans la mise en ouvre des programmes planifiés.
Acteurs principaux : DNSP, CPS, autres Ministères
Collaboration : FAO, OMS, UNICEF, BANQUE MODIALE,

3. Apui technique à l'analyse approfondie des données sur la nutrition de l'enquête EDSII.
Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP
Collaboration: Macro International

INTERVENTIONS BASICS/USAID DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION AU MALI

le 18/2/97

1. INTRODUCTION

L'US-AID/Mali a développé un nouveau plan stratégique dont l'un des objectifs généraux se focalise sur la Jeunesse. C'est à la suite de cet exercice qu'elle a demandé au Projet BASICS de faire des recommandations pour des activités de survie de l'enfant essentiellement axées sur le PEV et la Nutrition pour la continuation des interventions de BASICS au Mali dans les prochains 18 mois. Les propositions qui suivent s'inscrivent dans ce contexte.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1. Situation nutritionnelle des jeunes enfants et de leurs mères

a) La Situation nutritionnelle des enfants

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali réalisée en 1995/96 font apparaître des taux de Malnutrition Protéino Energétique (formes modérés et sévères) particulièrement élevés chez les enfants agés de 0 à 36 mois.

. Retard de croissance ou Malnutriton chronique: 30%
. Emaciation ou Malnutrition aigüe:23%
. Faible poids ou Insuffisance Pondérale:40%

Comparés aux données de l'enquête EDS I de 1987, ces différents indicateurs révèlent une détérioration sensible de la situation nutritionnelle. Ainsi la Malnutrition Aigüe aurait plus que **doublé,** la malnutrition chronique aurait augmenté de **38%** et l'Insuffisance Pondérale s'est accrue de **42%**.

Les enfants agés de 24 à 36 mois et ceux agés de 12 à 23 mois sont les plus affectés par le retard de croissance (47,3% et 40,5% respectivement). Les taux de malnutrition aigüe ou émaciation sont plus élevés dans les tranche d'âge de 12 à 23 mois (33,1%) et 6 à 11 mois (27,7%).

Les régions de Kayes (33,3%), Sikasso (33,1%), Ségou (33,0%) et Koulikoro (30,7%) ont les taux de malnutrition chronique les plus élevés. Par contre Kayes (16,4%) a le plus faible taux de malnutrition aigüe et Bamako (27,9%) le plus élevé suivi par Mopti (26,6%) et Sikasso (24,6%).

Le faible taux de Kayes et celui relativement bas de Ségou et koulikoro pourraient s'expliquer en partie par la situation alimentaire satisfaisante (Bulletin SAP, No 113,

Situation fin octobre 1995) résultant de leur bonne campagne agricole et pastorale. Par contre certains arrondissements de Mopti (Cercle de Bandiagara en particulier) étaient classés en difficultés alimentaires par le SAP qui en avait prédit une dégradation de l'état nutritionnel en 1996". Il serait utile de mettre ensemble pour un analyse plus approfondie, ces données de l'EDS et celles sur la situation alimentaire ainsi des données socio-économiques en provenance d'autres sources existantes.

Mais c'est surtout au niveau de l'impact de cette malnutrition sur la mortalité infanto-juvénile (0-5ans) que les effets sont encore plus dramatiques. Sur les 238 décès/1000 naissances vivantes, 136 soit **57 %** sont reliés à la malnutrition. **3 sur 4** de ces décès reliés à la malnutrition sont dus à des formes **légères ou modérées** et seulement 1/4 à des formes sévères. Cette constatation indique clairement qu'il faut beaucoup mettre l'accent sur des **stratégies de prévention de la malnutrition.**

Les autres formes de malnutrition due à une carence spécifique à savoir l'Avitaminose A, la carence en fer et la carence en iode sont également considérés comme des problèmes de santé publique même si les données d'enquête les concernant sont précaires.

b) Malnutrition des mères

La malnutrition aigüe mesurée par l'Indice de la Masse Corporelle chez le mères agées de 15 à 49 s'élèvent en moyenne à 16,2 %. Ce taux est plus elevé chez le groupe d'âge des moins de 20 ans (18,7).

c) Pratiques d'alimentation des jeunes enfants

Des pratiques inappropriées d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants sont souvent responsables de la malnutrition. L'EDS II (1995/96) fait ressortir un faible taux **d'allaitement maternel exclusif des nourrissons agés de 0 à 4 mois (12%)** en légere progression par rapport aux 10% de EDS I de 1987. Par contre le taux d'introduction d'une **alimentation solide en plus du lait maternel** pour les enfants agés de **6 à 9 mois (31%)** représente une régression de 33% par rapport à celui de 1987 (46%). Ces résultats sont quelque peu surprenantes eu égard aux efforts déployés par le programme national de promotion de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques de sevrage.

2.2. Programmes et activités de nutrition

Des programmes spécifiques de nutrition ont été ou sont en cours d'exécution dans le pays sous la houlette soit des structures publiques soit par les ONG/PVO Leur exécution se répartit entre différentes structures et services du Ministère de la Santé et autres Ministères avec un besoin réel de coordination entre eux..

a) Plan d'Action National sur l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) 1997 - 2001

Suite à la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) de 1992, le Mali a élaboré son PANAN qui est encore à l'état d'un draft en attendant son approbation officielle par le Conseil des Ministres. Ce document souligne la dispersion des responsabilités et des compétences nationales, des services techniques et institutions oeuvrant dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

Pour remédier au manque de coordination et de liaison entre les services oeuvrant dans le domaine de la nutrition, il est proposé la mise en place de structures et organes interministériels dont un groupe de technique de pilotage et un secretariat permanent. Le Secretariat permanent devra être rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique. La concrétisation de ces propositions est une priorité absolue qui doit bénéficier de l'appui de tous les partenaires.

b) Le Programme de l'allaitement maternel et de l'Alimentation complémentaire des jeunes enfants

Piloté par la Division de la Santé Familiale et Communautaire, ce programme s'exécute avec la collaboration de l'UNICEF et de l'OMS. A son actif, entre autre, l'élaboration de module de foramation et la formation des personnels des maternités, l'élaboration de matériel éducatif et l'exécution d'acttivités d'IEC.

Comme indiqué ci-haut, les faibles performances enregistrés dans la promotion de l'allaitenment exclusif et les bonnes pratiques de sevrage, suggèrent que des efforts importants devront être accomplis par ce programme pour espérer un changement significatif dans ce domaine. Un soutien de BASICS/US-AID doit être prévu à cet effet.

c) Les Programmes et projets de lutte contre l'Avitaminose A

* Le programme de Communication pour l'Alimentation et la Nutrition

En collabration avec la FAO, le Mali a développé un projet de soutien aux programmes sahélien de lutte contre la malnutrition et l'avitaminose A en matière de communication. Les activités de ce programme se sont focalisées sur la formation d'équipes intersectorielles pour promouvoir l'utilisation des méthodes et techniques performants de communication

* Projet de production de semences de cultures maraîchères

Il vise la promotion de la production et la consommation d'aliments riches en vitamine A. Un test a démarré dans la région de Ségou. FAO, UNICEF, US-AID, OMS et les ONG sont cités comme partenaire.

* Le Projet de Communication pour la Nutrition

Financé par l'US-AID, ce projet était le fruit d'une collabration entre l'Academy for Educational Development (AED) et le Ministère de la Santé, particulièrement le CNIECS. Il a concerné une dizaine de ONG et l'UNICEF. Il eu un impact significatif dans la réduction de la malnutrition Protéino Energétique dans les localites concernées. Il sera nécessaire de batir sur les acquis positifs de ce programme pour une réplication dans d'autres zones du pays

* Distribution de Capsules de Vitamine A dans le cadre du PMA

l'enquête EDS II a montré qu'environ 10% des enfants de moins de 3 ans ont reçu au moins une dose de Vitamine A.

3. RECOMMANDATIONS POUR DES INTERVENTIONS DE BASICS EN NUTRITION

Les interventions en nutrition sont une partie intégrante de la sous-composante Survie de l'Enfant de la stratégie Jeunesse de l'US-AID.

BUT: renforcer les capacités du Ministère de la Santé Publique, et ses partenaires des autres Ministères ainsi que le groupe Pivot des ONG survie de l'Enfant à concevoir et mettre en ouvre des activités pour réduire effectivement la malnutrition chez les jeunes enfants.

Pour atteindre ce but, les quatre objectifs spécifiques ci-après devront être réalisés.

La stratégie globale pour la réalisation de ces objectifs prendra en compte le caractère multisectoriel des problèmes de nutrition et respectera le principe de l'intégration, de la globalité et de la continuité des interventions de santé enoncés par la Polititiqie Sectorielle. Elle s'attachera à s'intégrer et à renforcer le Paquet Minimum des Activités. Elle s'exécutera dans le cadre du double partenariat avec les Services du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées et des ONG/PVO représentés par le groupe PIVOT/ Survie de l'enfant. Un accent particulier sera mis sur la collaboration et la concertation technique avec les autres projets de nutrition qui reçoivent le financement de l'US-AID (Helen Keller International, Emory University etc..)

3.1. Accroitre, au niveau des communautés de base, l'accès à des services de prévention de la malnutrition chez les jeunes enfants dispensés par des responsables issus de la communauté

Problème: Une frange importante de la population en mileu rural vit dans des localités peu ou pas du tout desservies par des structures de santé. Et même pour celles qui ont accès aux services dispensés par ces structures, des activités régulières de prévention de la malnutrition ne sont que très rarement fournies. Or pour réduire les taux élevés de malnutrition protéino

energétique et les carences spécifques, il est indispensable de mettre en oeuvre des activités préventives et promotionnelles comme la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants, qui permettent une détection précoce des formes de malnutrition légères et modérées qui sont proportionnellement les plus reliées à la mortalité infanto-juvénile. Le potentiel que représentent les femmes dynamiques et respectées dans chaque communauté n'est pas toujours exploré dans le sens d'une implication **négociée** de leur participation dans de telles activités de prévention de la malnutrition comme cela s'est fait dans d'autres pays comme le Sénégal. De plus en milieu rural, il existe beaucoup d'organisations de femmes y inclues les jeunes mères qui s'adonnent déjà à des activités génératrices de revenus par la production maraîchère qui pourraient probablement intégrer dans leurs activités la lutte contre la malnutrition protéino energétique et les carences spécifiques.

Par ailleurs, il est de plus en plus question de tester la possibilité d'inclure des produits comme la vitamine A et d'autres produits de prévention et traitement des maladies de l'enfance dans la gamme des produits de la Distribution à Base Communautaires des relais communautaires. Des approches innovatives tests doivent donc être développées pour dégager des leçons de telles expériences. Il est également important de mettre au point u système de collecte de données sur la nutrition des enfants à partir du niveau le plus périphérique possible.

Résultats Attendus :

. Des responsables (surtout des jeunes mères) exécutent efficacement des activités de surveillance de la croissance et/ou l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour une prise en charge précoce de la malnutrition à domicile

. Des modèles de transfert de compétences techniques à des personnes ressources dans la communauté notamment des femmes pour mener des activités de prévention de la malnutrition sont développés, testés et disponibles pour réplication.

Indicateurs :

. # d' enfants de 0 à 5 ans enrollés dans des activités de nutrition à base communautaire
. # organisations communautaires de femmes qui mènent en leur sein des activités de prévention de la malnutrition en faveur de leurs membres et d'autres mères dans leurs villages
. # de relais communautaires dont les activités de Distribution à Base Communautaires incluent des produits de prévention de carences nutritionnelles spécifiques (Vitamine A, Fer acide folique)

Activités:

1. Conception et mise en oeuvre d'une approche test pour le transfert de capacités techniques à des personnes ressources (de préferences des femmes) pour la conduite d'activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants et l'éducation nutritionnelle des mamans dans des aires de CS-COM choisis
Acteurs Principaux: ASACO, Med chef Cercles, ONG/PVO
collaboration technique: DSFC, DNAS, ONG intéressées

2. Test de l'inclusion de la vitamine A et du fer Acide folique dans la gamme des produits disponibles au niveau des relais communautaires pour la Distribution à Base Communautaire dans des localités choisies.
Acteurs Principaux: ASACO, Med chef Cercles
collaboration technique: DSFC, Population Council.

3.2. Améliorer la qualité des prestations de services pour la détection et de prise en charge correcte des enfants malnutris dans les CSCOM y compris les conseils alimentaires adaptés

Problème:

Avec le développement filgurant des CS COM dans le pays, la fonction gestion de ces structures semble avoir pris le pas sur la qualité des prestations dans les formations dispensées. Concernant la nutrition, le besoin de recyclage est manifeste lorsqu'on rend visite à certaines de ces structures. Par exemple la pesée des enfants qui viennent en consultation n'est pas un reflexe de routine chez les agents de santé. Ce qui laisse présager un nombre considérable de cas de malnutrition modérée ou légère qui ne sont pas dépistés. Les conseils alimentaires individuels qui devraient accompagner cette activité ne s'en trouvent que limités ou non dispensés du tout.

De plus les activités de surveillance de la croissance des enfants ne s'exécutent généralement qu'au cours des séances de vaccination, ce qui peut en réduire l'intérêt compte tenu de l'eventuelle débordement qui peut survenir surtout lorsque l'agent est seul, d'une part. D'autre part, ce jumelage PEV et activités de surveillance, fait naître très souvent chez la mère, le sentiment que lorsque les vaccinations de l'enfant sont complètes, la pesée aussi s'arrête. Or il se trouve que c'est au cours de la deuxième année de vie de l'enfant que le besoin d'une surveillance régulière est plus utile en raison de l'élevation du risque de malnutrition. Par ailleurs des supports éducatifs sur la nutrition pour faciliter la Communication Interpersonnelle ne sont pas toujours disponibles dans ces structures.

Résultats attendus:

. Les performances des agents de santé des CSCOM en matière de détection et de prise en charge des cas de malnutrition améliorées.

. Des cartes de conseils alimentaires adaptables dévelopées, testés et produits.

Indicateurs: % des enfants enfants malnutris dont l'état nutritionnel est évalué selon les normes et procédures établies
% des mères avec enfants malnutris recevant les conseils appropriés selon les normes et procédures établies

Activités: 1. Développement de cartes de conseils alimentaires adaptés pour la prise en chargé correcte des enfants malnutris dans les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés CSA et CSCOM, suivant la méthodologie d'adaptation de l'OMS.
Acteurs principaux : DSFC, INRSP, CNIECS,
Collaboration Technique: OMS

2. Développement/révision de module de formation et de supervision des activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour les Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés et les CSCOM.
Acteurs principaux : DSFC, GIF,
Collaboration Technique: OMS, UNICEF

3. Formation des agents de santé des CSA et CSCOM dans la surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants, la prise en charge correcte des malnutris et l'éducation des mères pour une prise en charge à domicile utilisant le méthode innovatrice de formation à distance.
Acteurs principaux : DSFC, GIF,
Collaboration Technique: OMS, UNICEF

*3.3. Accroissement de la **demande** pour des connaissances sur les moyens et méthodes pour prévenir la malnutrition et les carences spécifiques y compris l'avitaminose A, la carence en fer et en iode.*

Le problème: Plusieurs programmes et projets d'IEC axés sur la nutrition ont déjà été exécutés avec plus ou moins de bonheur. Beaucoup de supports, beaucoup d'expériences sont disponibles. Or le constat est établi que la malnutrition sévit dans des proportions assez alarmantes. Les bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons dont l'allaitement maternel exclusif durant les 4 premiers mois de vie de l'enfant ainsi que l'introduction d'aliments solides entre 6 et 9 mois sont encore loin de se conformer aux recommandations de l'OMS dans ce sens. Il s'avère nécessaire de tirer toutes les leçons des expériences réussies comme le projet NCP et de batir sur leurs acquis pour développer des approches innovatives en la matière. Etant donné la magnitude et la complexité des problèmes de malnutrition au Mali, il est utile de tirer profit de la disponibilité de l'outil informatique

nouveau d'analyse des politiques alimentaires et de plaidoyer pour la nutrition que représente PROFILE pour mieux sensibilser les décideurs politiques sur les enjeux économiques de la malnutrition.

Résutats attendus: . Les leçons apprises des exériences réussies d'IEC sont exploitées et utilisées dans des approches innovatives .

. Une application de PROFILE pour le Mali est développée et présentée aux décideurs clés.

Indicateurs: % mères appliquant les mesures de bonne pratique alimentaires telles enseignées par les programmes IEC. (Générique: à décomposer selon les thèmes).
de décideurs ayant reçu une présentation de PROFILE

Activités: 1. Soutien technique au comité DSFC/CNIECS/UNICEF sur l'IEC pour le développement et la mise en oeuvre d'approche innovatives pour la nutrition fondées sur l'expérience acquise en la matière et les résultats éventuelles de recherches qualitatives complémentaires.

Acteurs principaux : DSFC, CNIECS
Collaboration: UNICEF, Groupe Pivot et ONG Interessées

2. Développement d'une application de PROFILE pour le Mali et mise en oeuvre d'un plan de présentation aux décideurs clés.
Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP, CNIECS, autres membres du comité de pilotage du PANAN
Collaboration: OMS, UNICEF, BANQUE MONDIALE, GROUPE PIVOT

3.4. Renfocer les capacités du Ministère de la Santé dela Solidarité et des Personnes Agées et ses partenaires des autres Ministères et le Groupe Pivot survie l'Enfant pour la coordination et le suivi des programmes et activités de nutrition

Problème: Comme souligné dans l'analyse situationnelle, une certaine dispersion des efforts et un manque de coordination des interventions en nutrition sont constatées tant au niveau central qu'en périphérie. A la faveur du développement du PANAN, des propositions sont faites pour tenter de pallier cette situation. Les efforts de rationnalisations et de coordinations ainsi envisagés devront être soutenues par tous les partenaires. D'autre part le Paquet Minimum des Activités qui constitue un des fondements de la Politique Sectorielle gagnerait à une reévaluation et/ou révision de ses composantes relatives à la nutrition pour mieux les adapter aux nouvelles

42

exigences de performances qui se définissent en fonction des améliorations prévues.

Résultats attendus: . La mise en oeuvre des politiques et programmes de nutrition est faite d'une manière concertée
. Les normes et procédures en matière de nutrition du PMA sont révisées et publiées

Indicateurs: . Plans conjoints de mise en oeuvre de programmes intra et interministériels
. Normes et procédures révisés appliquées dans les structures visées

Activités: 1. Renforcement des capacités de la DSFC et de ses partenaires y compris le groupe Pivot pour la révision et l'adaptation des normes et procédures relatives à la nutrition dans le PMA.
Acteurs principaux: DSFC, Groupe Pivot, Gie Santé pour tous PSPHR, GIF
Collaboration: OMS, UNICEF

2. Soutien technique au Secretariat Permanent (ou tout autre structure désignée) chargé de la coordination de l'exécution du PANAN dans la mise en ouvre des programmes planifiés.
Acteurs principaux : DNSP, CPS, autres Ministères
Collaboration : FAO, OMS, UNICEF, BANQUE MODIALE,

3. Apui technique à l'analyse approfondie des données sur la nutrition de l'enquête EDSII.
Acteurs principaux : DSFC, CPS, INRSP
Collaboration: Macro International

4. PROCHAINES ÉTAPES

A. Fournir un appui technique et logistique pour l'analyse complémentaire approfondie des données sur la nutrition de l'enquête EDSII.

1. Former au niveau national, un groupe intersectoriel de techniciens expérimentés, (de préférence spécialisés en nutrition, épidémiologie, statistique, informatique, économie agricole etc..) en provenance des départements ministériels les plus concernés par l'analyse des données (Santé, Agriculture, Économie, etc..).

2. Faire collecter par les membres toutes les données utiles pour être mises ensemble avec les données de l'EDS II à des fins d'analyse comparative

3. Organiser un atelier mise en commun et de définition du cadre global d'analyse en collaboration avec Macro International (Cette étape peut nécessiter l'envoi d'une équipe réduite au siège de Macro aux Etats-Unis d'Amérique).

4. Procéder à l'analyse exhaustive de la situation alimentaire et nutritionnelle en procédant à des croisement multivariés et des comparaisons les plus exhaustives possibles (obtenir les services d'un consultant expérimenté si nécessaire).

5. Identifier les domaines où des informations complémentaires peuvent être nécessaires pour mieux expliquer les phénomènes constatés

6. Organiser la collecte additionnelle de données si nécessire en utilisant des méthodes d'enquêtes qualitatives rapides.

7. Faire les analyses complémentaires selon les besoins.

8. Faire un rapport technique avec des recommandations pertinentes aux décideurs (un accent particulier devra être mis sur les approches les plus efficaces pour améliorer la collecte régulière de données et l'utilisation effective des informations à des fins de prise de décisions)

B. Mettre au point une application de PROFILE (Logiciel pour Analyse des politiques alimentaires et le Plaidoyer pour la Nutrittion) pour le Mali.

1. Mettre en place un comité technique interministériel de mise au point du PROFILE (Le groupe formé ci-haut pourrait être maintenu en élargissant à d'autres compétences)

2. Élaborer un plan de travail et mobiliser les ressouces requis (Logistique : Laptop, LCD panel, logiciel, matériel de projection; et consultants)

3. Organiser un atelier de conception d'un draft de version longue de PROFILE (30 à 40 mn) pour consensus des techniciens et d'une version courte (7 à 10 mn) pour décideurs politiques.

4. Élaborer et exécuter un plan de présentation du PROFILE aux décideurs

ANNEXE 2

PROPOSITION DES INTERVENTIONS DE BASICS AU MALI DANS LE CADRE DES VACCINATIONS, DES MALADIES DIARRHÉIQUES, DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES ET DU PALUDISME.

Dr. Mutombo wa Mutombo

RÉSUMÉ

I. VACCINATIONS

1. ***OBJECTIF GÉNÉRAL:*** contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants du Mali par l'augmentation de la couverture vaccinale, aussi bien des enfants de moins d'un an que des femmes enceintes.

2. ***OBJECTIFS SPÉCIFIQUES***

2.1. ***Objectifs spécifique 1:*** *Accroître et soutenir la demande des services de vaccination dans les communautés vivant dans l'aire des CSCOM, CSAR et CSA qui les prestent.*

Problème:

- Il existe un taux élevé de recrutement pour les services de vaccination (76%), mais aussi un taux très élevé de déperdition (50%).
- Le potentiel des ASACO et des délégués de villages n'est pas suffisamment exploité au bénéfice des activités préventives.
- La collaboration avec le ministère de l'enseignement de base présente un potentiel énorme, pouvant engendrer *les stratégies d'adoption ou de l'enfant pour l'enfant* .

Résultats attendus:

- Les délégués des villages, les comités des ASACO et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la mobilisation de la communaté pour l'utilisation des services de vaccination.
- Les enseigants des classes de 4ème 5ème et 6ème primaire, forment les élèves sur les vaccins, les maladies du programme élargi de vaccination et du calendrier de vaccination.
- Chaque enfant de 4ème 5ème et 6ème primaire adopte un enfant cible de la vaccination au sein du même ménage ou dans le village , vérifie l'état vaccinal de l'enfant et rappele à la mère les rendez-vous.
- Pourcentage accru de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de vaccins pendant la grossesse.
- Pourcentage accru d'enfants complètement vaccinées.
- Taux de déperdition pour les vaccins à doses multiple diminué

2.2. ***Objectifs spécifique 2:*** *Améliorer la qualité des services par l'intériorisation du reflexe vaccinal chez le personnel des CSCOM, CSAR et CSA, et par l'utilisation optimale par ceux-ci du diagramme de vaccination.*

Problème:

- Le personnel de santé se concentre, pendant la consultation curative, sur le besoin ressenti par la mère, et laisse de côté le plus souvent les aspects préventifs, dont la vaccination.
- Le recrutement, pour les services de vaccination, des enfants et des femmes enceintes lors des différents contacts permettrait de diminuer les

occasions manquées, d'améliorer la couverture vaccinale et de diminuer la déperdition.
- Le diagramme de vaccination est largement utilisé, mais sans toujours déclencher auprès du personnel des interrogations que son utilisation optimal devrait susciter.

Résultats attendus:
- Le personnel de santé vérifie l'état vaccinal des enfants et des femmes enceintes lors de tout contact avec la structure de santé, et réfère à la séance de vaccination, ou donne des conseils relatifs à la vaccination et à la prochaine séance à ceux qui ne sont pas à jour.
- Le personnel de santé utilise correctement les diagrammes de vaccination, et partage ses préoccupations avec le comité de l'ASACO et les délégués des villages.
- Le personnel de santé effectue l'enquête CAP 100 foyers et cible ses actions dans le domaine de l'IEC.

2.3. *Objectifs spécifique 3: Augmenter l'accès au service de vaccination, particulièrement pour la femme enceinte vivant loin des structures de santé qui vaccinent, par l'utilisation de l'Uniject .*

Problème:
- Près de 3 femmes enceintes sur 5 (58%) échappent complètement à la vaccination en milieu rural.
-L'utilisation de l'Uniject, seringue monodose auto-destructive et préalablement remplie, par un agent communautaire (accoucheuse traditionnelle formée à son utilisation ...) permettrait de minimiser ce problème.

Résultats attendus:
- Protocole de recherche ,visant à étudier dans le contexte malien la performance et l'acceptabilité de l'Uniject par les mères, la faisabilité de son utilisation, élaboré.
- Recherche conduite dans les sites choisis; résultats disseminés, et plan d'extention aux autres zones d'accès difficile produit.

II. AUTRES COMPOSANTES DU PAQUET MINIMUM (IRA, FIÈVRE/PALUDISME, DIARRHÉE)

1. *OBJECTIF GENERAL:* contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants du Mali par l'amélioration de la prise en charge des IRA, de la Fièvre/Paludisme et de la diarrhée, aussi bien dans la communaté que dans les structures de santé.

2. *OBJECTIFS SPECIFIQUES*

2.1. *Objectif spécifique 1: Accroître et soutenir la demande, l'accès et la qualité des services curatifs dans les communautés.*

Problème: - Il existe une très faible utilisation des services curatifs pour les cas d'IRA, de Fièvre et de diarrhée; la majorité des cas reccourent à ce qui existe dans la communauté ou ne bénéficie d'aucun traitement.

- Les mères ne connassent pas les signes de gravité qui les inciteront à rechercher les soins chez le professionnel de la santé.
- Le potentiel des ASACO, des délégués de villages et des agents utilisés dans la distribution à base communautaire (DBC) n'est pas suffisamment exploité au bénéfice des activités préventives.

Résultats attendus: - Les délégués des villages, les comités des ASACO, les agents de la DBC et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la délivrance des messages sur la prise en charge à domicile et sur la connaissance des signes de recours relatifs aux IRA, à la fièvre/Palu et à la diarrhée
- Une meilleure connaissance des mères sur la prise en charge à domicile et des signes de recours pour les IRA, la fièvre et la diarrhée.
- Pourcentage accru d'enfants malades correctement correctement pris en charge à domicile par la mère.

2.2. *Objectif spécifique 2 : Accroître la qualité de la prise en charges de l'enfant malade dans les établissements de santé.*

Problème: - L'étude sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade (1995, Koulikoro, Kadiolo et Koutiala) a mis en exergue de grandes faiblesses.
- Le processus de l'introduction de l'approche PCIME a déjà débuté: la prévisite a été effectuée par l'OMS et l'atelier d'orientation par l'OMS et BASICS.

Résultats attendus: - Modules génériques adaptés.
- Formation des formateurs effectuée.
- Formation du personnel de santé des cercles choisis formés.

2.3. *Objectif spécifique 3: Renforcer les capacités du personnel de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA à documenter les tendances de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire d'activité et de mesurer ainsi l'impact des actions qui y sont menées*

Problème: - Le système actuel de l'état civile ne permet pas de documenter les données de mortalité.
- Il existe une technique simple qui permet de mesurer la mortalité des enfants en bas âge (l'Indice de Mortalité au Jeune Age: 0-23 mois).
- La technique a été testée avec satisfaction au Mali dans les cercles de Kadiolo, Koulikoro et Koutiala.

Résultats attendus: - TNP utilisée au niveau des cercles pour monitorer la tendance de la mortalité au jeune âge.

INTERVENTIONS DE BASICS/USAID
DANS LE DOMAINE DE LA VACCINATION AU MALI

I. ANALYSE SITUATIONNELLE

1. Vaccination antitétanique des femmes enceintes

Selon les résultats de l'Etude Démographique et de Santé (EDS) 1995-96, 51% des grossesses des 3 années qui précèdent l'étude ont bénéficié d'au moins 1 dose de vaccin anti tétanique; 32% ont bénéficié de 2 doses et plus; près d'une femme sur deux (48%) n'a bénéficié d'aucune dose.

Le problème est plus aigu en milieu rural où près de 3 femmes enceintes sur 5 (58%) échappent complètement à la vaccination. La situation dans les régions reste préoccupante par rapport à la ville de Bamako. La région de Mopti est celle qui accuse le pourcentage le plus élevé de grossesses non protégées (60%); viennent ensuite les régions de Kaye, Sikasso, Segou, Koulikoro et Tombouctou/Gao avec respectivement 52%, 51%, 51%, 50% et 40%.

Un peu moins de la moitié des femmes enceintes (46%) ont effectué au moins une visite de consultation prénatale (CPN); le nombre médian de visite est de 4. Toutes les femmes qui se sont rendues à la CPN ont bénéficié d'au moins une dose de vaccin antitétanique.
Deux femmes sur trois accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé.

2. Vaccination des enfants

Pour le BCG, premier vaccin du calendrier vaccinal, le taux de recrutement est élevé (76%). Il en est de même pour les premières doses des antigènes à multidoses, le DTC et le vaccin contre la poliomyélite qui sont respectivement à 71 et 73%.

Le problème majeur qui se pose est celui de la déperdition. Elle est en effet très élevée: sur 10 enfants qui ont reçu le BCG, seuls 4 arrivent à completer toute la série de vaccins du PEV (32% d'enfants sont complètement vaccinés); 5 enfants sur 10 qui ont commancé un vaccin à doses multiples n'arrivent pas à completer la 3 ème dose; celle-ce se situe à 39% pour le DTC et à 39% pour le vaccin contre la poliomyélite. Le VAR est de 51%.

Le second problème important est celui des enfants qui échappent complètement au service de vaccination, ceux qui n'ont reçu aucun antigène; un peu plus d'un enfant sur 5 (23%) se trouve dans cette catégorie. Le problème se pose avec plus d'aquité en milieu rural (28%), dans les régions de Kayes (44%), de Mopti (34%), de Koulikoro (22%), et de Segou (20%).

Le niveau d'instruction de la mère est un facteur déterminant: les femmes sans instruction accusent le taux le plus élevé d'enfants qui échappent à la vaccination (26%), soit un peu plus de 2 fois que celles qui ont fait l'école primaire et 26 fois plus que celles qui ont le niveau du secondaire et plus.

II. INTERVENTIONS DE BASICS DANS LE DOMAINE DE LA VACCINATION

BUT: contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants du Mali par l'augmentation de la couverture vaccinale, aussi bien des enfants de moins d'un an que des femmes enceintes.

1. Objectifs spécifique 1: Accroître et soutenir la demande des services de vaccination dans les communautés vivant dans l'aires des CSCOM, CSAR et CSA qui les prestent.

Problème:

- les données de l'EDS 1995-96 ont mis en évidence un taux élevé de recrutement pour les services de vaccination, mais aussi un taux très élevé de déperdition. Cela pose le problème fondammental de l'utilisation des services qui existent, qui elle même, peut être tributaire de leur qualité et des rapports existant entre la communauté et le personnel de santé.

- Les comités des ASACO, ainsi que les délégués de villages de l'aire des CSCOM et CSAR, représentent une ressource potentielle remarquable à utiliser dans le cadre de la sensibilisation de la communauté au bénéfice des activités préventives. Actuellement, leur action est surtout axée sur la gestion des CSCOM et CSAR. Elle pourra, par le partage et la discussion des performances atteintes, être reorientée vers la mobilisation de la communauté, spécialement des mères et des femmes enceintes, pour l'utilisation des services de vaccination (à travers les consultations des nourrissons et les consultations prénatales).

- La collaboration avec le ministère de l'enseignement de base présente un potentiel énorme. L'incorporation dans la matière actuellement professées d'hygiène des aspects de vaccination constitue un investissement entrainant des bénéfices immédiats et à long termes. En effet, outre que l'élève est préparé pour sa vie d'adulte à rechercher pour ses propres enfants les services de vaccination, il peut être utilisé dans l'immédiat dans la *stratégie d'adoption* . Celle-ci préconise la prise en charge par un enfant d'âge scolaire (4ème 5ème et 6ème primaire) d'un enfant cible de la vaccination au sein du même ménage ou dans le village. Le parrain aura la responsabilité de vérifier l'état vaccinal de l'enfant et de rappeler à la mère les rendez-vous.

Résultats attendus:

. Les délégués des villages, les comités des ASACO et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la mobilisation de la communaté pour l'utilisation des services de vaccination.

. Les enseigants des classes de 4ème 5ème et 6ème primaire, forment les élèves sur les vaccins, les maladies du programme élargi de vaccination et du calendrier de vaccination.

. Chaque enfant de 4ème 5ème et 6ème primaire adopte un enfant cible de la vaccination au sein du même ménage ou dans le village , vérifie l'état vaccinal de l'enfant et rappele à la mère les rendez-vous.

. Pourcentage accru de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de vaccins pendant la grossesse
. Pourcentage accru d'enfants complètement vaccinées.
. Taux de déperdition pour les vaccins à doses multiple diminué

Indicateurs:

. % des femmes enceintes ayant reçu 2 doses de vaccins antitétaniques
. % d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés
. % d'enfants de moins d'un an vaccinés par antigène
. Taux de perte DTCP1 DTCP3
. Taux de perte BCG rougeole

Activités:

1- Appuyer techniquement le CNI et le CENIECS pour la conception des messages standardisés ayant trait aux consutations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, le CENIECS

2- Diffuser messages standardisés ayant trait aux consutations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.

Acteurs:
- L'équipe socio-sanitaires
- les ASACO, les délégués des villages
- Les relais communautaires utilisés dans le cadre de la distribution à base communautaire (CBD)
- Les radios de proximité,

3- Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et le GIF dans l'élaboration d'un manuel à l'intention des enseigants des classes de 4ème 5ème et 6ème primaire, concernant les vaccins, les maladies du programme élargi de vaccination et du calendrier de vaccination.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

4- Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et le GIF dans la formation des enseigants des classes de 4ème 5ème et 6ème primaire concernant l'utilisation du manuel élaboré.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

5- Procéder au suivi de l'adoption par les enfants de 4ème 5ème et 6ème primaire

Acteurs:
- Maîtres d'école
- Inspection régionales de l'enseignement de base
- superviseurs (équipe socio-sanitaire)

2. ***Objectifs spécifique 2:*** *Améliorer la qualité des services par l'intériorisation du reflexe vaccinal chez le personnel des CSCOM, CSAR et CSA, et par l'utilisation optimale par ceux-ci du diagramme de vaccination.*

Problème:

- Le personnel de santé se concentre, pendant la consultation curative, sur le besoin ressenti par la mère, et laisse de côté le plus souvent les aspects préventifs, dont la vaccination. Dans l'études sur la prise en charges de l'enfant malade effectuée par BASICS au mois de Juillet-Août 1995 dans les cercles de Koulikoro, Koutiala et Kadiolo, le statut vaccinal de l'enfant malade n'a été recherché par le personnel de santé que dans seulement 16,6% des enfants examinés.

- Le recrutement, pour les services de vaccination, des enfants et des femmes enceintes lors des différents contacts que ceux-ci ont avec les services de santé est une stratégie qui permet de diminuer les occasions manquées, et ainsi de contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale et à la diminution de la déperdition. Cela implique de la part du personnel de santé l'intériorisation du reflexe vaccinal.

- Ainsi, les mères et les enfants seront recrutées non seulent pendant les consultations curatives mais aussi pendant les séances de vaccination de l'un d'entre-eux, ou lors d'un tout autre contact.

- L'utilisation correcte du diagramme de vaccination comme tableau de bord permet à l'agent de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA de juger de la mache de son programme vers l'atteinte des objectifs. Cet outil est certe largement utilisé; il ne déclenche cependant pas auprès du personnel des interrogations que son utilisation optimal devrait engendrer.

Résultats attendus:

. Le personnel de santé vérifie l'état vaccinal des enfants et des femmes enceintes lors de tout contact avec la structure de santé, et réfère à la séance de vaccination, si elle a lieu le même jour, ou donne des conseils

relatifs à la vaccination et à la prochaine séance à ceux qui ne sont pas à jour.

. Le personnel de santé utilise correctement les diagrammes de vaccination, et partage ses préoccupations avec le comité de l'ASACO et les délégués des villages.

. Le personnel de santé utilise correctement l'enquête CAP 100 foyers pour cerner les problèmes de connaissances, attitudes et pratiques de la communauté rapport au service de vaccination qu'il offre et ainsi de bien cibler ses actions dans le domaine de l'IEC.

Indicateurs: voir objectif spécifique 1.

Activités:

1. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans l'élaboration des instructions relatives au reflexe vaccinal

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

2. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans la révision des modules de formation existant en vue d'y incorporer les instructions relatives au reflexe vaccinal

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

3. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans la révision de l'outil de supervision existant pour y incorporer les élements relatifs à l'utilisation optimale du diagramme de vaccination.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

4. Appuyer techniquement le CNI et la DSFC dans l'élaboration et la production d'un guide pour la conduite de l'enquête 100 foyers (les plus proches de la structure de santé)

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF

5. Appuyer techniquement le CNI, la DSFC et GIF dans la formation du personnel du niveau de CSCOM,CSAR et CSA sur la conduite de l'enquête 100 foyers et l'utilisation des résultats.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, GIF
Superviseurs (équipe socio-sanitaire)
Equipes régionales de formateurs

3. ***Objectifs spécifique 3:*** *Augmenter l'accès au service de vaccination, particulièrement pour la femme enceinte vivant loin des structures de santé qui vaccinent, par l'utilisation de l'Uniject.*

Problème:

- L'EDS 1995-96 a montré que le nombre de grossesse non protégée est très élevé en milieu rural: près de 3 femmes enceintes sur 5 (58%) échappent complètement à la vaccination. La région de Mopti est celle qui accuse le pourcentage le plus élevé de grossesses non protégées (60%); viennent ensuite les régions de Kaye, Sikasso, Segou, Koulikoro et Tombouctou/Gao avec respectivement 52%, 51%, 51%, 50% et 40%.

L'utilisation de stratégie inovatrice (Uniject) permettrait de minimiser ce problème. Il s agit d'une seringue monodose auto-destructive et préalablement remplie qu'un agent communautaire (accoucheuse traditionnelle formée à son utilisation ...) peut garder pendant un mois chez lui en dehors des exigences de la chaine de froid; il est réapprovisionné lors des supervisions qui sont effectuées à un rythme mensuel; pendant cette visite, les unités non utilisées sont remplacées par de nouvelles.

L'Uniject assure la sécurité des injections, n'a pas besoin d'une logistique lourde, réduit les taux de perte. Il represente une stratégie effice et efficiente pour améliorer la couverture vaccinale dans les situations où les services de bases ne sont pas accessibles et où les mères ont de nombreux contacts avec les structures non formelles.

Activités:

1- Appuyer le CNI et la DSFC dans l'élaboration d'un protocole de recherche visant à étudier dans le contexte malien la performance et l'acceptabilité de l'Uniject par les mères, la faisabilité de son utilisation au delà de la chaine de froid traditionnelle et la pertinance de son utilisation par les ressources communautaires. (Partenaires: OMS, UNICEF, ONG)

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant

2- Appuyer le CNI et la DSFC dans la conduite de la recherche dans les sites choisis.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant.

3- Disseminer les résultats de la recherche et élaborer un plan d'extention aux autres zones d'accès difficile.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
CNI, DSFC, Groupe Pivot Survie de l'Enfant.

AUTRES COMPOSANTES DU PAQUET MINIMUM (IRA, FIÈVRE/PALUDISME, DIARRHÉE)

I. ANALYSE SITUATIONNELLE

A. Enquête démographique et de santé 1995-96:

- IRA. (Toux, respiration courte et rapide)

L'EDS 1995-96 montre que 2 enfants de moins de 3 ans sur 10 (15%) ont souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les 2 semaines précédant l'étude.
Le milieu rural est plus touché que le milieu urbain (16 % contre 14 %). Les régions de Kayes, de Sikasso et de tombouctou sont celle ou le problème se pose le plus. Le pourcentage d'enfants tochés y sont en effet respectivement de 26%, 18%, et 16%.

Seul un enfant sur 5 (22%) a été présenté dans une consultation curative. Les taux les plus bas de consultation se retrouvent dans le milieu rural (17%), dans les régions de Kayes (13%), de Koulikoro (16%), de Ségou (18%) et de Mopti (18%).

Le niveau d'instruction de la mère influence la consultation: c'est chez les femmes sans instruction que le taux de consultation est le plus bas (20%), soit 2 fois à celui repporté pour les femme du niveau du secondaire et plus.

- Fièvre

Près de 4 enfants de moins de 3 ans sur 10 (39%) ont souffert de fièvre pendant les 2 semaines précédant l'étude. Les enfants de Tombouctou/Gao(68%), des régions de Kayes (48%) et de Sikasso (41%) sont les plus atteintes. Les enfants dont les mères n'ont aucune instruction sont près de 1,5 fois plus atteintes (40%) que celles avec un niveau secondaire ou plus.

- Diarrhée

3 enfants de moins de 3 ans sur 10 (25%) ont souffert de diarrhée pendant les 2 semaines précédant l'étude. Parmi eux, 1 sur 5 avait du sang dans les selles (dysenterie)
Le problème de la diarrhée se pose avec le plus d'accuité en milieu rural (28%); les régions les plus concernée sont celle de Tombouctou/Gao (33%), de Kayes (30%) et de Mopti (29%).

Une femme sur deux (51%) connaît le sachet des selles de réhydratation. La connaissance est basse en milieu rural (40%); dans les régions de Kayes et de Mopti, la connaissance des mères est encore plus basse; elle est respectivement de 40% et de 27%.
La proportion d'enfants souffrant de diarrhée ayant consulté est très basse (13 %). Il en est de même pour l'utilisation du sachet Kénéyadji (16%). La proportion d'enfant souffrant de diarrhée n'ayant bénéficié ni de la TRO ni n'ayant reçu davantage de liquide est trop élevé (55%).

Ces proportions nous interpellent particulièrement dans le milieu rural où, 1 diarrhéique sur 10 (12%) a consulté, 1 diarrhéique sur 10 (12%) a reçu le sachet de Kénéyadji et où 6 diarrhéiques sur 10 (59%) n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquide

I.B. Etude sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade (Juillet-Août 1995, cercles de Koulikoro, de Koutiala et de Kadiolo)

L'étude a mis en exergue de grandes faiblesses dans la qualité de la prise en charge des cas de diarrhée, d'IRA et de fièvre/paludisme:
- 4 cas de diarrhée sur 10 non correctement évaluée par le personnel de santé.
- 9 cas de fièvre/paludisme présumé sur 10 non correctement évaluée par le personnel de santé.
- 9 cas de toux/difficultés respiratoires sur 10 non correctement évaluée par le personnel de santé.
- 6,8% des enfants examinés ont eu leur état nutritionnelle évalué.
- 16,6% des enfants examinés ont eu leur état vaccinal évalué.

II. INTERVENTIONS DE BASICS DANS LE DOMAINE DES IRA, DE FIÈVRE/PALU ET DE LA DIARRHÉE

BUT: contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants du Mali par l'amélioration de la prise en charge des IRA, de la Fièvre/Paludisme et de la diarrhée, aussi bien dans la communaté que dans les structures de santé.

1. Objectif spécifique 1: Accroître et soutenir la demande, l'accès et la qualité des services curatifs dans les communautés.

Problème: L'EDS 1995-96 a revelé une très faible utilisation des services curatifs pour les cas d'IRA, de Fièvre et de diarrhée. Celà signifie que la majorité des cas reccourent à ce qui existe dans la communauté ou ne bénéficie d'aucun traitement. Cette situation nous interpelle en tant qu'opérateurs de la santé et nous oblige à générer des stratégies inovatrices pour rendre possible et améliorer la qualité de la prise en charge au niveau de la communauté.

En outre, les mères devront connaître pour chacune des pathologies citées plus haut, les signes de gravité qui les inciteront à rechercher les soins chez le professionnel de la santé.

Les comités des ASACO, des délégués des villages ainsi que les agents utilisés dans la distribution à base communautaire (DBC) présentent un grand potentiel pour véhiculer les message sur la santé.

Résultats attendus: . Les délégués des villages, les comités des ASACO, les agents de la DBC et d'autres ressources communautaires s'impliquent dans la délivrance des

messages sur la prise en charge à domicile et sur la connaissance des signes de recours relatifs aux IRA, à la fièvre/Palu et à la diarrhée

. Une meilleure connaissance des mères sur la prise en charge à domicile et des signes de recours pour les IRA, la fièvre et la diarrhée.

. Pourcentage accru d'enfants malades correctement correctement pris en charge à domicile par la mère.

Indicateurs:

- % d'agents de DBC formés
- % d'agents de DBC régulièrement approvisionnés
- % d'agents de DBC supervisés
- % des mères qui connaissent la prise en charge à domicile des IRA, de la fièvre et de la diarrhée.
- % des mères qui connaissent les signes de recours pour les IRA, la fièvre et la diarrhée.
- % des mères qui connaissent les sachets Kénéyadji
- % d'enfants diarrhéiques qui sont traités avec le sachet
- % d'enfants diarrhéiques qui reçoivent plus de liquide que d'habitude.
- % d'enfants diarrhéiques qui sont alimentés plus que d'habitude

Activités:

1. Appuyer la DSFC et le CNIECS dans le développement des messages standardisés relatifs à la prise en charge à domicile des IRA, de la Fièvre/Palu et de la diarrhée, et aux signes de recours.

Acteurs:
BASICS, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF
DSFC, CNIECS

2. Diffuser les messages développés

Acteurs:
- L'équipe socio-sanitaires
- les ASACO, les délégués des villages
- Les relais communautaires utilisés dans le cadre de la distribution à base communautaire (CBD)
- Radio de proximité,

3. Tester l'inclusion des sachets Kénéyadji et les comprimés de chloroquine dans la DBC.

Acteurs:
BASICS, Pop.Council
DSFC, Programme national de lutte contre le Paludisme.

4. Documenter et disseminer les leçons apprises sur l'inclusion de la chloroquine et su sachet Kénéyadji dans la DBC

Acteurs:
BASICS, Pop.Council
DSFC, Programme national de lutte contre le Paludisme.

2. ***Objectif spécifique 2:*** *Accroître la qualité de la prise en charges de l'enfant malade dans les établissements de santé.*

Problème: L'étude sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade (1995, Koulikoro, Kadiolo et Koutiala) a mis en exergue de grandes faiblesses dans la qualité de la prise en charge des cas de diarrhée, d'IRA et de fièvre/paludisme.

Le Mali est un pays retenu par le Bureau Régional de l'OMS à Brazzaville comme early user de l'approche OMS-UNICEF de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Le processus de l'introduction de l'approche y a déjà débuté: la prévisite a été effectuée par l'OMS; l'atelier d'orientation a été effectée conjointement par l'OMS et BASICS; restent la panification de l'adaptation (clinique, conseils alimentaires, termes locaux), le choix et la préparation du site de formation, le choix des formateurs, la formation des formateurs, et la formation du personnel de santé. Le processus en est long.

Résultats attendus: Meilleure prise en charge de l'enfant malade dans les structures de santé

Indicateurs:
% d'enfants malades correctement évalués
% d'enfants malades correctement classés
% d'enfants malades correctement traités
% d'enfants malades dont l'accompagnant a reçu des conseils appropriés
% d'enfants malades dont l'état nutritionel a été évalué
% d'enfants malades dont l'étatvaccinal a été évalué

Activités:
- Appuyer la DSFC conjointement avec l'OMS/AFRO dans le processus de l'introduction de la PCIME au Mali:
- Adaptation des manuels génériques au contexte malien.
- Choix et préparation des sites de formation
- Formation des formateurs
- Choix des cercles pilotes
- Formation du personnel de santé.
- Suivi du personnel formé.

Acteurs: OMS/AFRO, BASICS, DSFC

3. ***Objectif spécifique 3:*** *Renforcer les capacités du personnel de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA à documenter les tendances de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire d'activité et de mesurer ainsi l'impact des actions qui y sont menées*

Problème: L'essence des programmes de santé est de diminuer le poids que représente la morbidité et la mortalité, et ainsi de contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie. En dehors d'un bon système de registre de l'état civile, les études de mortalité sont complexes, lourdes et très chères (en terme de ressources humaines, financières et matérieles); L'EDS se fait à une périodicité allant de 5 à 10 ans.

Il existe fort heureusement une technique très simple pour mesurer la mortalité des enfants en bas âge (l'Indice de Mortalité au Jeune Age: 0-23 mois); elle s'utilise dans la routine, presque quotidienne, par le personnelle de santé périphérique; c'est la Technique de la Naissance Précédante (TNP).

Elle permet au personnel de santé du niveau périphérique de mesurer l'évolution de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire de responsabilité, et de guger ainsi de l'impact des actions qui y sont menées.

La technique consiste à demander à une mère qui vient à la consultation prénatale, à la maternité (pour accoucher) ou à la consultation des mourrissons (pour la vaccination), si elle a eu avant la présente grossesse, le présent accouchement ou le présent enfant qu'elle a amené à la vaccination une grossesse dont l'issue a été un enfant vivant, et si cet enfant est vivant ou mort.

Le Mali a fait l'objet d'un essai de cet essai sur une période de six mois (Avril à Septembre 1996) dans les cercles de Kadiolo, Koulikoro et Koutiala. Cet essai a donné des résultats sans différence statistique selon les 3 modes de recrutement

Activités: 1- Appuyer techniquement la DSFC dans la restitution des resultats de l'étude sur la technique de la naissance précédente

Acteurs: BASICS, DSFC

2- Appuyer la DSFC dans la révision, la multiplication et distribution des outils sur la TPN au niveau des CSCOM, CSAR et CSA en vue de mesurer les tendances de l'Indice de Mortalité au Jeune Age

Acteurs: BASICS, DSFC

3- Appuyer techniquement la DSFC dans la formation du personnel des CSCOM CSAR, CSA et de leur superviseurs (équipe socio-sanitaire) sur la TNP.

Acteurs: BASICS, DSFC

4- Appuyer techniquement la DSFC dans le suivi et le monitorage de la TNP au niveau des CSCOM, CSAR et CSA.

Acteurs: BASICS, DSFC

ANNEXE 3

CALENDRIER DES ACTIVITÉS (TIMELINE)

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	OBJECTIF GENERAL : Réduire les taux de malnutrition sévère et modérée chez les jeunes																						
	NUTRITION																						
1	**Objectif Spécifique1 :**																						
	Accroitre, au niveau des communautés de base **l'accès à des services de prévention de la malnutrition chez les jeunes enfants, dispensés par des responsables issus de la communauté**																						
1 01	Concevoir et mettre en oeuvre une approche test pour un transfert des capacités techniques à des personnes ressources (femmes) dans la conduite des activités de surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants dans les aires de CSCOM choisis	Sept 98	DSFC, DNAS ONG, BASICS INRSP ASACO, CSCom Equipe S.San																				. Des modèles d'implication des femmes issues de la communauté dans les activités de prévention de la malnutrition disponibles pour réplication.
	a Développer un protocole de recherche/action																						. Les données collectées par les femmes intégrées dans le système d'information nationale
	b. Choisir les sites d'intervention et négocier avec les équipes Socio-sanitaires et les ASACO et organisations communautaires concernées																						
	c Evaluer les besoins de formation et d'équipement des organisations identifiées																						
	d. Former et superviser les personnes responsables des activités de surveillance des enfants et l'éducation nutritionnelle des mères dans les communautés																						
	e Evaluer l'expérience au bout de 18 mois de mise en oeuvre																						
	f Documenter et disséminer les leçons apprises de cette expérience																						

63

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
1.02	Tester l'inclusion de la vitamine A , du Fer et de l'acide folique dans la gamme des produits disponibles au niveau des relais communautaires pour la DBC dans les localités choisies		DSFC, Pop.C ONG, BASICS DNAS, ASACO CSCom Equipes S.San																				Les produits de prévention et traitement de l'avit. A et la carence en f inclus dans la DBC
	a. Développer un protocole de recherche/action																						
	b. Choisir les sites d'intervention et négocier avec les équipes Socio-sanitaires et les ASACO communautaires concernées																						
	c. Evaluer les besoins de formation et de dotation en prod complémentaires des relais communautaires identifiés																						
	d. Former et doter les relais communautaires chargés de la DBC en capsules de vit A et fer acide folique																						
	e Evaluer l'expérience au bout de 18 mois de mise en oeuvre																						
	f Documenter et disséminer les leçons apprises de cette expérience																						
2	**Objectif Spécifique 2 :**																						
	Améliorer la qualité des prestations de services pour la détection précoce et de prise en charge correcte des enfants malnutris dans les CSCOM y compris les conseils alimentaires adaptés																						
2.01	Développer des cartes de conseils alimentaires adaptés pour la prise en charge correcte des enfants malnutris dans les centres de santé d'Arr. revitalisés CSA et CSCOM, suivant la méthodologie d'adaptation de l'OMS		DSFC,INRSP CNIECS,OMS BASICS																				Des cartes de conseils alimentaires adaptables testés et disponibles
	a. Mettre en place un comité technique composé de représentants des services clés du MSSPA et autres Minstères																						

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#		ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	b.	Analyser les informations disponibles sur les pratiques alimentaires concernant les enfants malades ou convalescents et également les enfants sains																						
	c.	Mener la recherche formative pour combler les insuffisances éventuelles (approches qualitatives rapides des essais alimentaires amélliorés préconisées par l'OMS)																						
	d.	Définition des conseils alimentaires les plus adaptés au contexte Malien basés sur les résultats des études formatives																						
	e	Elaborer, tester et produire les cartes pour conseils alimentaires individualisés																						
2.02		Développer/réviser le module de formation et de supervision des activités de surveillance de croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants y compris l'éducation nutritionnelle des mères pour les CSAR, et les CSCOM		DFSC, GIF BASICS CNIECS UNICEF OMS																				Modules de formation testés et disponibles
	a.	Mettre en place un comité technique composé de représentants des services clés du MSSPA et autres Minstères																						
	b	Identifier let analyser les documents existants pour la formation en nutrition des agents de santé en cours ou avant emploi																						
	c.	Evaluer les besoins de formation des agents de santé sur les thèmes spécifiques identifiés																						
	d.	Développer et tester un curriculum adapté aux besoins identifiés																						
	e	Produire le module de formation en nutrition et de supervi sion des agents de santé																						

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
2.03	Former les agents de santé des CSA et CSCOM dans la surveillance de la croissance et/ou de l'état nutritionnel des enfants, la prise en charge correcte des malnutris et l'éducation des mères pour une prise en charge à domicile		DSFC, GIF BASICS OMS, UNICEF																				Performances accrues des agents de santé des CSCom
	a. Elaborer un plan de formation des agents de santé dans les cercles choisis y compris le calendrier de mise en oeuvre (l'approche de formation à distance à tester)																						
	b. Distribuer les modules et cartes de conseils alimentaires aux agents concernés avec des fiches de lecture et exercices																						
	c Organiser des séances de restitution et de mise à niveau pour combler les insuffisances des agents y compris des stages pratiques																						
3	**Objectif Spécifique 3 :**																						
	Accroissement de la demande pour des connaissances sur les moyens et méthodes pour prévenir la malnutrition et les carences spécifiques y compris l'avitaminose A, la carence en fer et en iode.																						
3 01	Développer une approche innovatrice pour la nutrition fondée sur l'expérience acquise en la matière et les résultats de recherche qualitative éventuelle et complémentaire		DSFC,CNIECS UNICEF BASICS PIVOT, HKI																				
	a. Analyser les facteurs déterminants de réussite ou d'échec dans les expériences d'IEC en nutrition au Mali																						
	b Identifier les besoins d'amélioration dans les stratégies antérieures en vue d'une réorientation éventuelle																						
	c Développer les stratégies appropriées pour un nouveau plan d'action pour l'IEC en nutrition																						
	d Mettre en oeuvre et évaluer le plan d'action d'IEC																						

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
3.02	Développer une application du PROFILE pour le Mali		BASICS,CPS DSFC,CNIECS UNICEF PANAN																				2 versions de PROFILE élaborées
	a. Mettre en place un comité technique interministériel du PROFILE et élaborer un programme de travail																						
	b. Mobilser les ressources nécessaires (logistique, consultants)																						
	c Organiser un atelier d'élaboration de l'application PROFILE du Mali (versions longue et courte)																						
3.03	Conduire des séances de présentation de PROFILE pour les décideurs		BASICS,CPS DSFC,PANAN CNIECS																				Présentations faites
	a Elaborer un plan de présentation aux décideurs clés																						
	b. Organiser et évaluer les séances de présentation aux décideurs clés																						
4	**Objectif Spécique 4 :**																						
	Renfocer les capacités du Ministère de la Santé dela Solidarité et des Personnes Agées et ses partenaires des autres Ministères et le Groupe Pivot survie l'Enfant pour la coordination et le suivi des programmes et activités de nutrition																						
4.01	Développer/adapter les normes et procédures relatives à la nutrition dans le PMA		DSFC,GIE PSPHR,GIF PIVOT,BASICS																				Normes et procédures en nutrition révisées et diffusées
	a Mettre en place un comité technique composé de représentants des services clés du MSSPA, Groupe Pivot, HKI																						
	b Organiser un atelier de développement et/ou révision des normes et procédures pour les activités de nutrition																						

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#		ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	c.	Produire et diffuser les normes et procédures révisées																						
4.02		Fournir l'assistance technique au Sécrétariat permanent (ou toute autre structure désignée) chargé de la coordination de l'exécution du PANAN		DNSP,CPS PANAN FAO, OMS BASICS,BM UNICEF																				Plans opérationnels de mise en oeuvre des programmes prioritaires du PANAN élaborés et exécutés
	a.	Mettre en place le Secretariat permanent du PANAN																						
	b.	Organiser un atelier d'orientation et d'élaboration du programme prioritaire à soumettre aux partenaires																						
	c	Elaborer le plan de travail y compris le calendrier d'exécution des actvités et le système de monitorage et d'évaluation des progrès accomplis																						
4.03		Conduire l'analyse secondaire de l'enquête EDS II		DSFC, CPS INRSP MACRO																				Le rapport des analyses complémentaires produit et diffusé
	a.	Identifier toutes les sources de données sur l'alimentation et nutrition du pays et réunir des représentants des structures génératrices																						
	b.	Organiser un atelier d'analyse des données disponible																						
	c	Collecter et analyser les données complémentaires éventuelles																						
	d	Produire et diffuser le rapport d'analyse approfondie des données sur la nutrition																						

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	VACCINATION																						
1	***Objectif specifique 1 :***																						
	Accroitre et soutenir la demande des services de vaccination dans les communautés vivant dans l'aire des CSCOM, CSAR et CSA qui les prestent.																						
	a. Concevoir les messages standardisés ayant trait aux consutations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.		CNIECS, CNI BASICS,PIVOT																				
	b Produire et tester les messages standardisés relatifs aux consultations prénatales, à la vaccination des femmes enceintes et des enfants		CNIECS, CNI BASICS,PIVOT																				
	c Diffuser messages standardisés ayant trait aux consutations prénatales, à la vaccination antitétanique, et à la vaccination des enfants.		CSCOM ASACO PIVOT,RADIO																				
	d Elaborer un manuel à l'intention des enseignants des classes de 4e, 5e, et 6e primaire concernant les vaccins les maladies du PEV, et le calendrier de vaccination		CNI, DSFC GIF, Minist. Ens. Base BASICS																				
	- Mettre en place un comité technique composé de représentants des services clés du MSSPA et Ens Base																						
	- Organiser un atelier de développement d'un manuel concernant les vaccins, les maladies du PEV, et le calendrier vaccinal																						
	- Produire et diffuser le manuel auprès des écoles																						
	e Former les enseignants à l'utilisation du manuel		CNI, DSFC GIF, Minist Ens. Base BASICS																				

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
2	***Objectifs spécifique 2 :***																						
	Améliorer la qualité des services par l'intériorisation du reflexe vaccinal chez le personnel des CSCOM, CSAR et CSA, et par l'utilisation optimale par ceux-ci du diagramme de vaccination.																						
	a. Elaborer les instructions relatives au "reflexe vaccinal"		CNI, DSFC BASICS, GIF DNSP																				
	b. Réviser les modules de formation existants pour y inclure les instructions formulées		CNI, DSFC BASICS, GIF DNSP																				
	c Réviser l'outil de supervision existant pour y incorporer les élements relatifs à l'utilisation optimale du diagramme de vaccination		CNI, DSFC BASICS, GIF																				
	d Elaborer , produire et diffuser un guide pour la conduite de l'enquête 100 foyers (les plus proches de la structure de santé)		CNI, DSFC BASICS, GIF																				
	e Former le personnel du niveau CSCOM, CSA, CSAR à la réalisation de l'enquête " CAP 100 foyers" et à l'utilisation des résultats		CNI, DSFC BASICS, GIF Equipe S.San																				
3	***Objectifs spécifique 3 :***																						
	Augmenter l'accès au service de vaccination, particulièrement pour la femme enceinte vivant loin des structures de santé qui vaccinent, par l'utilisation de "l'Uniject" .																						
	a. Elaborer un protocole de recherche pour tester l'utilisation de "l'UNIJET" dans le contexte malien		CNI, BASICS OMS,UNICEF																				

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	b. Conduire la recherche dans les sites choisis		CNI, BASICS OMS,UNICEF Equipe S.San																				
	c. Disseminer les résultats de la recherche et élaborer aux autres zones d'accès difficile		CNI, BASICS OMS,UNICEF Equipe S.San																				
	Autres composantes du PMA (IRA, Fièvre/Palu et Diarrhée)																						
1	***Objectif spécifique 1 :***																						
	Accroître et soutenir la demande, l'accès et la qualité des services curatifs dans les communautés.																						
	a Développer et tester les messages standardisés relatifs à la prise en charge à domicile des IRA, de la fièvre/palu et de la diarrhée, et des signes de recours		DSFC CNIECS Palu,																				
	b. Diffuser les messages développés		CSCOM ASACO PIVOT,RADIO																				
	c. Tester l'inclusion dans la DBC des sachets Kénéyadji et de la chloroquine		DSFC,BASICS Pop.C. Palu																				
	d Documenter et disséminer les leçons apprises		DSFC,BASICS Pop.C. Palu																				

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
2	***Objectif spécifique 2 :***																						
	Accroître la qualité de la prise en charges de l'enfant malade dans les établissements de santé.																						
	a. Appuyer conjointement avec AFRO la DSFC dans le processus de l'introduction de la PCIME au Mali																						
	- Planifier les différentes étapes de l'introduction																						
	- Créer le comité de pilotage et les commissions techniques pour l'adaptation																						
	- Adapter les modules génériques au contexte malien																						
	- Choix et préparation des sites de formation																						
	- Formation des formateurs																						
	- Choix des cercles pilotes																						
	Formation du personnel de santé																						
	- Suivi du personnel de santé formé																						
3	***Objectif spécifique 3 :***																						
	Renforcer les capacités du personnel de santé du niveau des CSCOM, CSAR et CSA à documenter les tendances de la mortalité des enfants en bas âge dans son aire d'activité et de mesurer ainsi l'impact des actions qui y sont menées																						
	a. Restituer les résultats de l'étude sur la technique de la naissance précédente (TNP)		DSFC,BASICS																				

COUNTRY MALI
PROJECT: MALI PY4
COUNTRY/PROJECT CODE: 001-MA-01-019
BEGIN/END DATES: MARCH 1, 1997 - SEPTEMBER 30, 1998

ACTIVITY TIMELINE:

ACT#	ACTIVITIES	DATE DE	PERSONNES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	RESULTATS ATTENDUS
	b. Réviser, multiplier et distribuer les outils sur la TNP au niveau des CSCOM, CSA et CSAR en vue de mesurer les tendances de la mortalité chez les jeunes enfants		DSFC,BASICS																				
	c. Former le personnel du niveau CSCOM, CSA, CSAR sur la TNP		DSFC,BASICS Equipe S.San																				
	d. Suivre et monitorer l'exécution de la TNP au niveau des CSCOM, CSA, CSAR		DSFC,BASICS Equipe S.San																				

ANNEXE 4

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées

Dr. Zakaria Maïga, Secrétaire Général du Ministère
Dr. Fodé Boundy, Directeur Adjoint de la Direction Nationale de la Santé Publique
Dr. Konaré, Directeur du Centre National d'Immunisation
Dr. AbaTouré, Responsable de la Formation à la DNSP
Dr. Madina Sangaré Ba, Chef de la Division Santé Familiale et Communautaire
Dr. Diakité Sara Mama, Chef Section Santé Communautaire
Dr. Felix Lajous Sidibé, Directeur du Centre National d'Information, d'Éducation et de Communication pour la Santé
Mme Fatimata Diawara, Institut National de Recherche en Santé Publique
Mr. Modibo Diarra, Institut National de Recherche en Santé Publique
Mr. Mamadou Basséry Ballo, Directeur de la Cellule de Planification et de Statistique
Mr.Ousmane Sidibé, Économiste de la Santé
Dr. Mamadou Konaté, Directeur du Centre National d'Immunisation
Dr. Alpha Guitteye, Conseiller Technique
Dr. Amadou Coulibaly, Centre National d'Immunisation
Dr. Philippe Demélé, Division Épidémiologie
Dr. Sidibé Fousseyni, Coordonnateur Programme Lutte Antipaludisme

MRTC (Malaria Research and Training Center/Centre de Recherche et de Formation en Paludisme)

Professeur Ogobara Doumbo, Directeur

USAID Mali

Mr. Harry Birnholz, Directeur Adjoint
Mr. Kevin Mullally Head OS 1
Ms. Karen Hawkins-Reed, TAACS—Survie d'Enfant
Mr. Salif Coulibaly, Responsable du Paquet des Résultats de la Survie de l'enfant

OMS

Dr. Sidi Konaré, Épidémiologiste
Dr. Hélène Mamba Ma Disu, Représentante du Pays
Dr. Sarmoye Cissé, Conseiller de Santé

UNICEF

Dr. Aïssata Sidibé Ba, Conseillère de Santé
La Représentante du Programme sur la Nutrition

CCA/ONG

Mme Maïga, Directrice Exécutive
Mamadou Touré, Chargé de la Formation

GROUPE PIVOT

Dr. Modibo Maïga, Directeur Groupe Pivot
Dr. Touré Fanta Diallo, Conseillère de Santé

ORGANISATIONS NON-GOVERNAMENTALES

Eric Swedberg, Représentant Technique, Save the Children
Issa Sidibé, Représentant Local, Save the Children
Waverly Rennie, Consultant Technique de la Santé, Africare
Directeur Adjoint, U.S. Peace Corps
Représentant Technique, Plan International

GIE "SANTÉ POUR TOUS"

Dr. Christophe Decam, Conseiller Technique à la Cellule d'Appui

PROJET DÉVELOPPEMENT, SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET POPULATION (CHPS/JSI)

Timothy Rosché, Chef d'Équipe

PROJET SANTÉ, POPULATION ET HYDRALIQUE RURALE (PSPHR)

Cheikh Tidiane Simpara, Économiste de la Santé, Directeur Adjoint
Tiécoura Coulibaly, Coordonnateur Technique

CONSEIL DE LA POPULATION

M. Hervé Ludovic de Lys, Directeur du Projet
Dr. Seydou Doumbia, Conseiller Projet DBC

MACRO INTERNATIONAL

Michka Seroussi, Analyste Démographique
Daniel Vadnais, Spécialiste en Communication

ANNEXE 5

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Liste des Documents Consultés

Enquête Démograhphique et de Santé, Republique du Mali, 1995-1996, Indicateurs démographiques et sanitaire. Macro International Inc./USAID, February 1997.

Plan Stratégique de l'Équipe Jeunesse 1996-2002, Équipe Jeunesse/USAID-Mali, February 1997 (draft).

Plan d'exécution et de gestion de la stratégie de survie de l'enfant au Mali, USAID Mali, July 1996 (draft).

Cadre des Résultats et Plan Stratégique de Gestion Pour l'Équipe AJeunesse@, USAID Mali, 23 Juillet 1996.

La Stratégie pour la Survie de l'Enfant de USAID Mali, Suzanne Prysor-Jones, SARA Project, USAID Africa Bureau, 2 Mai 1996 (draft).

La Nutrition des Nourrissons et des Petits Enfants au Mali, Conclusions tirées de l'enquête de 1995/1996 par DHS Mali, Macro International Inc./USAID, December 1996.

Évaluation à mi-parcours du Projet par les Services de Santé et de Population Communautaires (CHPS), Bamako, February 1996.

Étude de la Prévalence de la Malnutrition des Connaissances et des habitudes des Populations en matière de Nutrition-Santé des Enfants et des Femmes dans la Région de Koulikoro et le District de Bamako. DSFC/IFAHS, 1994

Plan d'Étape sur la Mise en Oeuvre du Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de L'Enfant pour la Période 1992-2000. Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées/Commission Interministérielle de Mise en oeuvre du Plan, Novembre 1994

Programme Santé/Nutrition 1993-1997
UNICEF-Gouvernement de la République du Mali

Recherche Bibliographique sur les Solutions Utilisées dans le Traitement Traditionnel de la Diarrhée chez les Enfants de moins de Cinq Ans. DSFC, 1994

Programme National de Lutte contre le Paludisme au Mali. Plan d'Action 1993-1997. Ministère de la Santé

Programme National de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës, Plan d'Action 1994-1995, Mali Janvier 1994

Évaluation à mi-parcours du P.S.P.H.R (DRAFT/SYNTHÈSE), Décembre 1994

ANNEXE 6
(1995 BASICS Mali CAP)

STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Structure Administrative

Le Mali est divisé en huit régions administratives auxquelles s'ajoute le District de Bamako, la capitale. Les régions sont divisées en 49 cercles (districts de santé) et les cercles en 286 arrondissements. Le District de Bamako est divisé en six communes équivalant chacune à un cercle.

Au niveau national, le Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées constitue la structure responsable de la programmation, de la coordination et de l'évaluation des activités. Il se compose du Cabinet du Ministre, des Directions Nationales, d'une Cellule de Planification et des Statistiques, d'une Cellule de Coordination du PSPHR, et d'une Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS).

Les Directions nationales comportent plus précisément la Direction Administrative et Financière (DAF), la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP), la Direction Nationale des Affaires Sociales (DNAS), L'Institut National de Recherche en Santé Publique. La Pharmacie Populaire Malienne (PPM), et l'Unité Malienne de Production de Produits Pharmaceutiques (UMPP) possèdent un statut autonome. Les hôpitaux nationaux sont au nombre de trois (Point G, Gabriel Touré et Kati). S'y ajoutent six hôpitaux régionaux, quatre hôpitaux secondaires et un Centre National d'Odonto-Stomatologie.

La Direction Nationale de la Santé Publique est elle même constituée par la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC), la Division de l'Epidémiologie (DE), la Division des Établissements de Soins, la Division de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement, et de plusieurs services rattachés.Le CNIECS est un service autonome rattaché à la Direction des Affaires Sociales et qui est responsable de la conception et de la mise en oeuvre des activités d'IEC.

Au niveau régional, les directions régionales de la Santé Publique et des Affaires Sociales représentent le Ministère de la Santé.

Au niveau local, c'est à dire au niveau du Cercle, il existe différentes structures:

a) Le Centre de Santé du Cercle
b) Le Conseil de Développement et le Comité local de Développement du Cercle
c) Le Conseil de Gestion du Centre de Santé
d) Le comité technique du centre de santé présidé par le Médecin-chef.

Au niveau de l'arrondissement, il existe le Centre de Santé d'Arrrondissement (CSA) et un Conseil de Gestion de Santé.

Au niveau communautaire, il existe l'Association de Santé Communautaire (ASACO). Le Conseil de Gestion est présidé par le chef de village ou de quartier. Il existe le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) -financement de la communauté.

BASICS

A USAID-financed project administered by
The Partnership for Child Health Care, Inc.
Partners: Academy for Educational Development (AED),
John Snow, Inc. (JSI), and Management Sciences for Health (MSH)
1600 Wilson Blvd., Suite 300 Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-312-6800 Fax: 703-312-6900
Internet: infoctr@basics.org

USAID