

**RAPPORT D'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MANUTRITION AIGUE  
MALI**

**KATUMWA BAGUNDA CELESTIN ET DAVID RIZZI**

**27 FEVRIER - 13 MARS 2010**

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier Madame la Directrice de la Division de la Nutrition du Ministère de la Santé/Mali pour son assistance et sa disponibilité à l'égard de l'équipe d'évaluation.

Nos remerciements s'adressent également au bureau Unicef Mali pour l'encadrement, le soutien et l'appui nous accordés durant de notre mission.

Que les responsables des ONG rencontrés trouvent ci notre gratitude pour la documentation fournie indispensable à la réalisation de ce travail.

Enfin un grand merci à tous les points focaux nutrition des régions visitées, les responsables des structures sanitaires qui ont accepté de nous faire visiter leur centre et nous ont accordé de leur temps pour répondre à nos interrogations.

## Liste des sigles et abréviations

ACF	Action Contre la Faim
ASC	Agent de santé communautaire
CPS/MS	Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DN	Division de la Nutrition
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DRS	Direction Régional de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
HKI	Helen Keller International
JNV	Journées Nationales de la Vaccination
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PECMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre brachial
PSNAN	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
P/T	Poids/Taille
SIS	Système d'Information Sanitaire
UNICEF	United Nations Children's Fund
URENAM	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
URENAS	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

Remerciements .....	2
Liste des sigles et abréviations.....	3
1 Introduction.....	5
1.1 Objectifs spécifiques.....	5
1.2 Processus de l'évaluation et approche méthodologique .....	6
1.3 Contraintes et limites de l'évaluation .....	6
2 Résultats de l'évaluation.....	6
2.1 Protocole.....	6
2.2 Couverture du programme.....	7
2.3 Le cadre institutionnel .....	8
2.4 Structures de prise en charge .....	8
2.5 Performances du programme.....	8
2.6 Supervision .....	10
2.7 Système d'information .....	10
2.8 Système d'approvisionnement des intrants .....	10
2.9 Mobilisation communautaire .....	10
3 Conclusion.....	11
4 Recommandations.....	11
Références.....	13
Annexes.....	14
Annexe 1 .....	14
Annexe 2 .....	16

## 1 Introduction

La République du Mali, pays sahélien, couvre une superficie d'environ 1.241.248 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 12 269 691 habitants. Cette population se caractérise par sa jeunesse, 52,2% de la population a moins de 19 ans et 14% âgé de 12 à 59 mois. Malgré d'importants progrès réalisés en matière de développement, le Mali continue de connaître de graves problèmes de pauvreté.

Une des conséquences résultant de cette situation de pauvreté est la détérioration de l'état nutritionnel de la population. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2006 révèlent que 15% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë parmi lesquels 6% présentent une malnutrition aiguë sévère. Cette moyenne nationale cache de fortes disparités régionales, les taux de prévalence dans toutes les régions dépassent le seuil critique de 10% considéré comme une situation d'urgence selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette persistance de taux élevé de la malnutrition s'explique par les problèmes structurels et conjoncturels que connaît le Mali: la sécheresse, l'insécurité alimentaire, les maladies infectieuses...

Aucune enquête nutritionnelle d'envergure nationale n'a été réalisée depuis 2006, néanmoins des études parcellaires réalisées dans différents districts et régions montrent que la situation n'a guère évoluée favorablement.

Le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSAN) 2005-2009, dans ses composantes 4, 5 et 7 «Traitement des parasitoses, Récupération Nutritionnelle et Lutte contre les carences en micronutriments » fixe le cadre d'une politique visant la réduction de la mortalité liée à la malnutrition aiguë. Dans la même foulée, la nouvelle approche de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë a été adoptée et un protocole national a été élaboré et validé en Janvier 2007.

Deux ans après la mise en œuvre du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë au Mali, le Bureau Régional Afrique de l'Ouest et Central de l'UNICEF a commandité une mission d'évaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PECMA) dans dix pays de l'Afrique de l'ouest, le présent document se rapporte au cas spécifique du Mali.

### 1.1 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette évaluation étaient de :

- Analyser les documents clé : protocole national, module de formation, outils de suivi et d'évaluation de la PECMA.
- Faire des recommandations afin d'assurer que tous les documents sont en accord avec les standards internationaux et en ligne avec les innovations scientifiques (au besoin, aider à réviser les protocoles nationaux).
- Revoir toutes les composantes du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë y compris les flux d'informations, la couverture et l'acceptabilité.
- Revisiter le plan de passage à l'échelle et identifier les contraintes qui freinent sa mise en œuvre.
- Fournir des informations sur les plans ou les stratégies de développement des capacités et évaluer les compétences et pratiques acquises à travers des interviews des formateurs et du personnel en place et l'observation des activités principales (dépistage, admission, traitement et décharge)
- Faire des recommandations afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

## **1.2 Processus de l'évaluation et approche méthodologique**

La mission s'est déroulée du 27 février au 13 mars 2010, après des entretiens au niveau central avec la Directrice de la Division de la Nutrition (DN) du Ministère de la Santé (MS) et les Spécialistes en Nutrition de Unicef Mali, l'équipe d'évaluation (composée de deux spécialistes en nutrition) s'est rendue dans 3 régions : Bamako, Koulikoro et Mopti. La mission s'est conclue par une séance de restitution avec les différents acteurs intervenants dans le programme de prise en charge de la malnutrition aiguë au Mali.

La collecte des données s'est faite selon la démarche décrite ci-dessous :

- Une recherche documentaire a été effectuée au Ministère de la Santé (MS), au bureau de l'Unicef et aux sièges des organisations non gouvernementales (ONG) à Bamako. Divers documents relatifs à la planification, aux stratégies, aux évaluations antérieures, aux rapports d'enquêtes et d'activités ont été collectés et analysés au cours de notre évaluation.-.
- Une collecte d'informations a été réalisée sous la forme d'entretiens libres et semi structurés sur base de questionnaires adaptés à différents niveaux :
  - **Niveau central** : Division de la Nutrition du Ministère de la Santé, Unicef (Spécialiste nutrition) et Coordonateurs des programmes de nutrition des ONG.
  - **Niveau intermédiaire** : Direction Régional de la Santé (point focal nutrition), Hôpitaux régionaux (Responsable de l'unité de réhabilitation nutritionnelle (URENI), Centre de Santé de référence (Responsable CSREF).
  - **Niveau communautaire** : Centre de Santé communautaire (CSCOM), accompagnants des bénéficiaires du programme nutrition.
- Enfin au cours de la visite dans les URENI et URENAS nous avons procédé à un examen détaillé des registres et des fiches individuelles des malnutris, à la consultation des registres et des fiches de stocks ainsi que la visite des entrepôts des vivres et des médicaments des structures de santé pour apprécier la qualité de la mise en œuvre selon le protocole national de la PCMA, la gestion des stocks ainsi que les conditions d'entreposage des intrants.

## **1.3 Contraintes et limites de l'évaluation**

Parmi les difficultés rencontrées il convient de signaler que l'agenda de la mission d'évaluation a été perturbé par le déroulement des activités des Journées Nationale de vaccination (JNV) organisées durant la même période. La quasi-totalité du personnel de santé ayant été mobilisé pour les 4 jours de vaccination du 6 au 9 mars 2010, nous avons dû conduire, dans certains centres nutritionnels, des entretiens aux niveaux des CSREF avec des adjoints du responsable des centres pas formés à la PCMA et n'avons pas pu avoir accès dans certaines structures sanitaires aux outils de gestion du programme et aux magasins de stocks des intrants.

Par ailleurs le temps très court imparti pour l'évaluation d'un aussi grand pays qu'est le Mali et le problème sécuritaire dans certaines zones inaccessibles nous obligent à émettre des réserves quant à la représentativité car trois régions seulement ont été visitées. Néanmoins, le recoupement des informations et des données recueillies lors des entretiens au niveau central et au niveau des régions visitées donnent des indications sur le fonctionnement et la performance de la PCMA au Mali.

## **2 Résultats de l'évaluation**

### **2.1 Protocole**

Afin d'harmoniser les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë, le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses partenaires (Unicef et ONG), a élaboré et validé, en janvier 2007 un protocole national de la prise en charge de la malnutrition aiguë, l'outil de référence en matière d'activités de récupération nutritionnelle et de formation du personnel. Ce document a été amendé en 2008 pour introduire de nombreuses modifications de forme et de fond. Globalement ce document accorde une large importance à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en milieu hospitalier et ne

souligne pas suffisamment les aspects de la mobilisation communautaire comme élément clé de cette nouvelle approche qui vise une large couverture des enfants malnutris.

La structure du document a été améliorée du fait qu'on est passé d'une organisation par phases de traitement de la malnutrition sévère (I, transition et II) à une organisation par unité de services (URENAS, URENI). Cette structure est plus claire, présente moins de répétitions et permet un repérage plus immédiat des informations recherchées dans le protocole par le personnel de santé sur le terrain. Toutefois, il est évident que ce document dérive d'une révision et les parties ajoutées ou corrigées ne sont pas parfois harmonisées avec l'ensemble du document.

Le protocole, depuis la première version, prévoit l'admission dans les centres nutritionnels des enfants de 6 à 59 mois sur critère du périmètre brachial (PB). Toutefois, comme on a pu voir au cours des visites de terrain, cette instruction est rarement appliquée. En effet, bien que le PB soit utilisé pour le dépistage au niveau communautaire ou des centres de santé, la condition nécessaire pour l'admission est le rapport poids sur taille (P/T).

Au cours de nos visites dans les centres nutritionnels, nous avons constaté des 'mauvaises pratiques' à corriger : administration des médicaments diurétiques (ex. le furosémide aux enfants souffrant de kwashiorkor, administration des antipyrétiques (anti-inflammatoire non stéroïdes) pour les enfants en phase I présentant une fièvre, attente de la prochaine distribution de lait pour les enfants nouvellement admis au CRENI, administration de vitamine A en phase I aux enfants atteints de kwashiorkor. Il nous paraît opportun d'en tenir compte lors de la révision du protocole et d'attirer l'attention des prestataires sur les risques que comportent ces mauvaises pratiques et les conduites à tenir pour ces cas d'enfants malnutris.

Pour une lisibilité aisée et une meilleure lecture, le protocole devrait contenir un sommaire, la liste de tableaux et figures aussi bien que les outils de gestion en annexe (fiche de suivi, registre, fiches de transfert, rapport mensuel, etc.).

Parmi les outils manquant mais nécessaires à la mise en œuvre de la PECMA nous recommandons de développer des modules de formation ainsi qu'une méthodologie adaptée aux différents acteurs, des affiches qui résument les critères d'admission et de sortie ainsi que les principaux éléments du protocole (quantités de l'aliment prêt à l'emploi (ATPE) à donner, traitement systématique, etc.).

## **2.2 Couverture du programme**

La couverture du programme de prise en charge nutritionnelle est très difficile à estimer au Mali. Bien que la PECMA fait partie du paquet minimum des activités des CSCom et qu'une stratégie de formation en cascade en matière de PCMA a ciblé un nombre impressionnant des prestataires des soins sur l'ensemble du pays, le nombre d'admissions dans les URENI et URENAS tend à montrer que la couverture est faible par rapport au nombre d'enfants malnutris attendus.

Aucune enquête de couverture d'envergure nationale de la PCMA n'a été réalisée à ce jour. Néanmoins, les enquêtes de couverture réalisées par certaines ONG dans leurs zones d'intervention tendent à confirmer que la PCMA au Mali n'atteint pas des taux acceptables. A titre d'exemple une enquête, menée en octobre 2008 par Action Contre la Faim (ACF) dans le cercle de Gao pour évaluer leur programme de renforcement des capacités des structures sanitaires à la prise en charge de la malnutrition aiguë, a trouvé une couverture directe (ou ponctuelle) de 30% et indirecte (ou de la période) de 59%.

Par ailleurs nous n'avons pas pu connaître le nombre des CSCom qui font la PECMA sur le total de centres pour estimer une couverture géographique. Le programme d'appui technique et logistique de Helen Keller International (HKI) dans la région de Koulikoro couvre plus de 160 structures de santé sur 175 mais le nombre d'enfants malnutris sévère prise en charge par rapport à ceux attendus reste inconnu.

En tout état de cause, la situation sur le terrain est très variable et dépend de plusieurs facteurs. Il ressort des entretiens avec la DN, l'Unicef et les différents Coordonateurs des programmes de nutrition au Mali que le faible taux de couverture s'explique par l'accessibilité physique et financière des bénéficiaires aux structures sanitaires, la présence d'une ONG intervenant dans la PECMA, la

qualité de la formation PCMA reçue par les prestataires de soins, le nombre du personnel affecté à ce programme, la motivation et l'implication des points focaux nutrition, la motivation des agents de santé communautaire (ASC)...

### **2.3 Le cadre institutionnel**

Au niveau du ministère de la santé, La Division de la Nutrition (DN) couvre deux volets : la lutte contre les carences en micronutriments et la récupération nutritionnelle. D'un point de vue opérationnel ces deux volets n'incorporent pas de manière spécifique la problématique de la prise en charge de la malnutrition aiguë, un projet de loi instituant un troisième volet relatif à la prise en charge de la malnutrition aiguë au sein de la DN est en cours.

Le budget alloué par le gouvernement ne permet pas à la DN de mener à bien son rôle de leadership dans la conduite des différents programmes de nutrition au Mali et particulièrement la PCMA. Il s'ensuit une absence dans la coordination entre les différents acteurs intervenants dans la prise en charge de la malnutrition au niveau central et à l'échelle des régions. Au cours de notre entretien avec la Directrice, il est apparu que la DN n'est pas toujours au courant des activités réalisées par les partenaires. Ce manque de coordination est accentué au niveau de la DN par une absence d'expertise en PCMA, la DN a soulevé ce problème de manque d'expertise et de l'insuffisance en nombre du personnel de la division de la nutrition. Comme constaté lors de notre mission l'Unicef joue ce rôle d'appui technique et de coordination des activités de la PCMA au Mali.

Au niveau des Directions Régionales de la Santé (DRS) et des Districts sanitaires, le point focal nutrition, entre autres attributions, assure le respect du protocole, suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités de la PCMA. Ce personnel de santé est sujet à mutation administrative sans consultation de la DN, nous avons rencontré ce cas à la DRS de Koulikoro où le nouveau point focal nutrition venait d'être affecté en provenance d'un autre service et donc n'ayant jamais bénéficié d'une formation en PCMA.

### **2.4 Structures de prise en charge**

Une des caractéristiques de la prise en charge de la malnutrition aiguë au Mali est que tous les centres de récupération nutritionnelle sont intégrés et opèrent dans les structures du système de santé :

- **Centre de Santé Communautaire (CSCOM)**, prise en charge des malnutris aiguës modérés au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée (URENAM) et des malnutris aiguës sévères sans complications au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS).
- **Centre de Santé de Référence (CSREF)**, prise en charge des malnutris aiguës sévères sans complications au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS) et prise en charge des malnutris sévères avec complications au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI).
- **Hôpital régional et Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)**, prise en charge des malnutris aiguës sévères sans complications au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS) et prise en charge des malnutris sévères avec complications au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI).

### **2.5 Performances du programme**

La plupart des centres de récupération nutritionnelle visités ont commencé les activités de la PCMA en 2007 après la formation en cascade basée sur le protocole national validé en janvier de la même année. Plusieurs versions des différents protocoles se retrouvent dans les centres nutritionnels ou à défaut des extraits du protocole reprenant les différents critères d'admission et de sortie, les traitements nutritionnels et thérapeutiques et les tables de référence. Il y a une nécessité de fournir aux prestataires de soins un document de référence unique et mis à jour.



Il ressort de notre évaluation que les points focaux nutrition DRS interviewés ont une bonne connaissance du contenu du protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë excepté un nouvellement affecté et venant d'un autre programme de santé. Un des problèmes soulevé par les responsables interviewés est la permutation fréquente prestataires de soins d'autant plus qu'aucun plan de formation n'est envisagé pour les nouvelles affectations non formées à la prise en charge de la malnutrition aiguë.

La participation à la formation sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et la présence du protocole dans les lieux où se déroulent les activités ne garantissent pas la qualité de la prise en charge des enfants malnutris. Un examen des documents de gestion du programme montrent que la qualité de la prise en charge des enfants devrait être améliorée. Lors de notre évaluation, dans les fiches individuelles des enfants tirés au hasard nous avons fréquemment relevé que: les critères d'admission et de sortie, les quantités de lait F75, de lait F100 données aux enfants ainsi que le nombre de sachets d'ATPE ne correspondent pas toujours aux recommandations du protocole, le traitement médical n'est pas systématique et est parfois payant.

Dans les centres nutritionnels visités, les différents indicateurs de performances (taux de guérisons, taux d'abandons, taux décès, taux de non répondants, gain de poids moyen ainsi que la durée de séjour dans le programme) ne sont pas calculés. Les points focaux nutritionnels en charge de la gestion des données au niveau des districts ne le font pas non plus, excepté le point focal de Bamako. Néanmoins, cet exercice est réalisé par l'équipe de nutrition de l'UNICEF et les ONG pour leur usage interne. A titre d'exemple es taux de performance pour l'année 2009 repris dans les tableaux ci-dessous sont plaident en faveur d'un effort supplémentaire et considérable pour atteindre les standards internationaux.

**Tableau 1 : Indicateurs de performance pour les régions de Bamako, Kayes et Koulikoro combinés, janvier-décembre 2009**

Centre nutritionnel	Nombre d'enfants traités	Guéris %	Décès %	Abandons %	Non guéris
URENI	501	46.8	13.6	17.1	Données indisponibles
URENAS	3544	66.6	4.0	12.0	Données indisponibles
URENAM	14323	78.2	0.4	14.6	Données indisponibles

Source Unicef

**Tableau 2 : Indicateurs de performance pour les régions de Gao et Mopti, janvier-octobre 2009**

Centre nutritionnel	Nombre d'enfants traités	Guéris %	Décès %	Abandons %	Non guéris
URENI	386	65.4	7.7	10.9	Données indisponibles
URENAS	2613	68.0	4.5	22.9	Données indisponibles
URENAM	16090	78.0	1.1	21.3	Données indisponibles

Source Unicef

**Tableau 3 : Indicateurs de performance pour les cercles de Gao et de Ansongo, janvier-décembre 2009**

Centre nutritionnel	Nombre d'enfants traités	Guéris %	Décès %	Abandons %	Non guéris
URENI	256	76	14	9	1
URENAS	929	70	2	20	9
URENAM	2748	72	0	18	9

Source ACF le gain de poids moyen pour cette année est de 5.7g/kg/j et la durée moyenne de séjour dans les URENAS est de 66 jours.

En ce qui concerne la prise en charge des malnutris aigus modérés, les critères d'admission et de sortie ainsi que les quantités de vivres à distribuer ne sont pas toujours ceux recommandés par le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, les agents en charge des URENAM suivent les instructions du Programme Alimentaire Mondial (PAM).

## **2.6 Supervision**

La plupart des responsables des URENI/URENAS/URENAM déclarent recevoir la supervision des responsables des districts de manière occasionnelle. Des entretiens avec les équipes des districts, il ressort que la supervision des centres de nutrition est conditionnée par les moyens financiers que l'Unicef octroie aux DRS.

## **2.7 Système d'information**

L'examen du système d'information du PECMA conduit au constat d'un fonctionnement peu satisfaisant. Pour la plupart des centres visités, les rapports mensuels sont transmis avec un retard minimum de deux mois au niveau des districts. Les différents taux de performances du programme ne sont pas calculés et ne font pas partie des données à exploiter aux niveaux des centres nutritionnel pour une prise de décision rationnelle.

Par ailleurs, les erreurs constatées dans les outils de récoltes de données (variations négatives importantes de la taille de l'enfant entre deux visites, prises de poids considérables entre deux séances (7 à 10kg en une semaine), suggèrent que bon nombre de centres fournissent des données peu fiables.

L'inclusion des indicateurs de la malnutrition aiguë dans le système national d'information sanitaire(SIS) n'est pas encore réalisée ce qui complique davantage la collecte et la gestion des données de la PECMA au niveau des centres de santé.

## **2.8 Système d'approvisionnement des intrants**

La plupart des centres visités ont connu une rupture de stock durant la période de décembre et novembre 2009. Le système d'approvisionnement est entrain d'être affiné entre l'UNICEF et le MS pour éviter les ruptures de stock survenues en 2009. Par ailleurs rares sont les structures de prise en charge de la malnutrition qui disposent d'outils de gestion de stock appropriés.

Les observations menées au niveau des bâtiments de la DRS montrent qu'à ce niveau ils n'existent pas de lieu adéquat de stockage d'ATPE. Les intrants réceptionnés sont acheminés au plutôt dans les structures de santé qui les entreposent dans les bureaux, les salles de consultations en fonction de l'espace disponible.

## **2.9 Mobilisation communautaire**

Dans le protocole, la mobilisation communautaire, comme préalable pour garantir une large couverture de programme de prise en charge communautaire de la malnutrition, n'est pas suffisamment développée. Il s'ensuit sur le terrain que les activités de mobilisation communautaire ne sont pas systématiquement organisées. Dans certaines zones où les structures sanitaires sont appuyées par les ONG, des dépistages actifs et passifs sont réalisées dans les villages par les ASC et/ou par des associations de groupes de femmes.

Le système organisé de référence et contre référence entre les différents structures hôpital/URENI/URENAS/URENAM) ne fonctionne pas tel que recommandé par le protocole national de la PCMA. Les raisons invoquées par les responsables en charge de la PCMA sont : le manque de moyens financiers, les contraintes logistiques et la motivation des ASC. Il arrive toutefois que les références/transferts se réalisent mais malheureusement sans aucun suivi et le sort des enfants malnutris référés n'est pas connu. Il en va de même pour le suivi des cas d'abandons et des non répondants.

### **3 Conclusion**

Les résultats de cette évaluation ont mis en évidence le gros effort réalisé pour l'intégration du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë dans le système sanitaire du Mali deux ans seulement après la validation du protocole national. Pour renforcer cet acquis, un plan stratégique spécifique à la PCMA est indispensable afin d'assurer la place et la reconnaissance de la PCMA dans la politique nationale de santé. Une première étape nécessaire est de définir les zones prioritaires d'intervention et réaliser l'évaluation de la mise en œuvre afin de déterminer les capacités de chaque région de santé et des structures à fournir des services de qualité pour la prise en charge des cas de malnutrition aigue .

. Le processus d'intégration, la coordination des activités entre le différent ministère de la santé et les partenaires impliqués dans la lutte contre la malnutrition aiguë nécessite un renforcement technique de la DN pour lui permettre d'assurer son rôle de leadership et de coordination des activités de la PCMA. Une concertation entre ces différents acteurs est nécessaire pour intégrer effectivement la prise en charge des malnutris modérés dans le système de santé et traiter cette catégorie de malnutris selon le protocole nationale en vigueur

Les carences techniques observées au niveau des URENAS/URENI/URENAM montrent les limites de la formation en cascade. Si la formation des formateurs a été un réel succès, la qualité et l'organisation de la formation répercutée au niveau des prestataires de soins méritent une révision complète et au préalable il faut produire des outils de formation avec une méthodologie adaptée à chaque niveau de formation.

Il n'existe pas de système régulier de transmission régulière de l'information relative à la PCMA. Les indicateurs nutritionnels ne sont pas renseignés dans le cadre des informations transmis par le SNIS. L'information fournie à quelques niveaux que ce soit n'est pas utilisée pour prendre des décisions ou aider à élaborer des plans d'action dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition.

Le faible taux de fréquentation des URENAS/URENI/URENAM témoigne d'une faiblesse de du processus d'implication de la communauté dans le programme de PECMA au Mali. Les stratégies pour améliorer cette couverture doivent penser à l'augmentation du personnel en charge de la PECMA dans les structures sanitaires, à l'élaboration d'un plan de mobilisation sociale adapté à chaque zone couverte, au renforcement et la formation des ASC et des relais communautaires, à l'évaluation et la révision de la supervision formative et à la garantie des soins gratuits pour tout les enfants malnutris.

### **4 Recommandations**

- Renforcer l'équipe cadre de la DN par 'engagement d'un spécialiste en nutrition avec expertise en matière de PECMA.
- Renforcer en nombre le personnel de la DN et désigner spécifiquement une équipe au sein de la DN chargé du suivi de la PECMA.
- Développer un plan stratégique pour définir un cadre logique assurer la pérennité de la des activités de la PECMA.
- Etablir un plan de passage à l'échelle réaliste, en tenant compte de l'expérience passée en se focalisant sur une ou deux régions qui serviront comme région pilote.
- Revoir le protocole national de prise en charge de la malnutrition en y introduisant les nouveaux standards de croissance de l'enfant ainsi que les recommandations sur les

nouveaux critères d'admission et de sortie. Lors de la révision tenir compte des différentes observations relevées par les acteurs de terrain et les recommandations des différentes missions d'évaluation.

- Développer un manuel de formation de la PECMA avec des modules et des méthodologies adaptés à chaque catégorie de personnel et à chaque niveau.
- Développer et harmoniser les outils de récolte de données dans les centres nutritionnels et intégrer les indicateurs de la malnutrition aiguë dans le SIS. Des efforts doivent être accomplis pour assurer la rapidité du flux des informations à tous les niveaux et privilégier le traitement et l'analyse de l'information et la rétro information.
- Améliorer le système d'approvisionnement des intrants par la formation des responsables de la PECMA matière de gestion des stocks, et rendre disponible des entrepôts au niveau des districts et des magasins au niveau des structures de santé.
- Renforcer la supervision formative en mettant l'accent sur la qualité de la prise en charge des malnutris, la collecte et l'analyse des données ainsi que l'élaboration des rapports d'activités selon un modèle standard à tous les centres nutritionnels.
- Développer un modèle de plan de mobilisation sociale pour la PECMA à adapter à différents niveaux.

## Références.

1. Action contre la Faim. *Enquête de couverture du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans es cerces de Gao, Bourem et Asongo, Région de Gao, République du Mali. Octobre 2008.*
2. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI). *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006.*
3. Direction Nationale de la Santé – Division de la Nutrition. *Protocole National de prise en charge de la malnutrition aiguë. Décembre 2007.*
4. Elisabeth N. Zanou Unicef/Mali Programme Survie de l'Enfant. *Rapport de consultation en nutrition. Décembre 2007.*
5. O. Sylla, M.A. Maiga. Groupe de Recherche et d'Action pour le développement (GRAD). *Rapport de l'étude longitudinale sur la vulnérabilité nutritionnelle dans les communes rurales de Dourou, Kendié, Bara-Sara et Diamnati, Cercle de Badiangara. Août-Septembre 2008.*
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Groupe nutrition du comité permanent interorganisations. *Note d'informations sur la mise en œuvre des normes de croissances pour l'enfant définies en 2006 par l'OMS pour les programmes de nutrition d'urgence pour les enfants âgés de 6-59 mois. Mars 2009.*
7. S. Diarra, B. Ouologuem Groupe de Recherche et d'Action pour le développement (GRAD). *Etudes CAP sur la vulnérabilité nutritionnelle dans les communes rurales de Dourou, Kendié, Bara-Sara et Diamnati, Cercle de Badiangara. Janvier-février 2009.*
8. Save the Children USA. *Evauation du statut nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois et leurs mères dans la Région de Sikasso. 1-13 novembre 2009 ;*

Annexes

**Annexe 1**

**Revue de la prise en charge de la malnutrition aiguë au Mali (27 février au 23 mars). Agenda de la visite**

Date	Heures	Activités	Lieu	Structures/Partenaires concernés
Lundi 1 mars	8h00 - 11h30  Après midi	Briefing Nutrition Briefing Survie Introduction auprès du Rep.  Réunion UNICEF révision planning	Bureau Unicef	Unicef section nutrition
Mardi 2 mars	9h- 12h  13h-15h  15h30- 18h30	Réunion avec les ONG partenaires Nutrition à l'Unicef suivi de l'entretien avec ONGs  Dr Raky Directrice DN  Entretien avec ONGs (questionnaires)	Bureau Unicef	Unicef  Division nutrition
Mercredi 3 mars	Départ de BKO à 7h30  8h30 - 9h30  9h30 Départ à Banamba	Départ de BKO à 7h30  Rencontre CT Unicef Koulikoro et des responsables DRS  11h30 Visite CSRef et CSCom de Banamba	Koulikoro  Banamba	URENI/CSREF Banamba URENAS/ CSRef
Jeudi 4 mars	9h30 départ pour Mopti			
Vendredi 5 mars	8h – 12h  Après midi	Rencontre CT UNICEF, DRS  interview avec autorités sanitaires du CSRef et hôpital régional de Mopti	Mopti	
Samedi 6 mars				URENI/US pediatrie Hop/Dolo Mopti
Dimanche 7 mars				
Lundi 8 mars	8h-12h	Rencontre avec ONG YAKTU et APH	Bandiagara	URENAM Bandiagara / Boro

	Après midi	Rencontre et interview avec autorités sanitaires du CSRef et CSCOM		
Mardi 9 mars		URENAM	CSCOM Somadougou	URENAM
Mercredi 10 mars	8h30 9h00	visite rapide DRS visite CSREF des communes 1 et 2	Bamako	URENAS/ CSRef
Jeudi 11 mars	8h30	visite hôpital Gabriel Tour	Bamako	URENI/US pédiatrie Hop/Gabriel Touré Bamako
Vendredi 12 mars		Débriefing  14h30 Réunion de restitution avec ONGs intervenants dans la nutrition	Unicef	

## Annexe 2

### Liste des contacts

No.	Nom et prénoms	Poste / Qualification	Organisation	Lieu
1	Marcel Rudasingwa	Représentant UNICEF Mali	UNICEF	Bamako
2	Katrien Ghoos	Nutrition Manager	UNICEF	Bamako
3	Géraldine Bellocq	Consultant Nutrition	UNICEF	Bamako
4	Dr Raki	Directrice Direction Nutrition / Médecin	Ministère de la Santé	Bamako
5	Gilbert Manyuku	Coordinateur Médico-Nutritionnel	ACF	Bamako
6		/ Medecin	Save the Children	Bamako
7	Massaman Sinaba	Chargé de Programme	OMAES	Bamako
8	Dr Coulibaly Souleymane	Médecin pédiatre	Hôpital de Mopti	Mopti
9	Mme Mariam Sidibé	Conseiller Technique	UNICEF	Koulikoro
10	Alkaya Kounta	Point Focal Nutrition	DRS	Koulikoro
11	Sanabo Bintu	Chargé SIS	DRS	Koulikoro
12	Dr Abdoulaye Coulibaly	Directeur Général	Hopital Gabriel Touré	Bamako
13	Yacuba Sangare	Chef de Centre / Médecin	Min Sa / CSCOM	Banamba
14	Dr Sidibe Traoré Adisatou	Point focal nutrition	Hopital Gabriel Touré	Bamako
15	Dr Dembele Kérémakau	Médecin	URENAS/ CSRef commune 2	Bamako
16	Fakoro Koné	Superviseur HKI	Banamba	Banamba
17	Dr Niaré Sidi	Point focal nutrition	Banamba	Banamba
18	Abdou Diakité	Major CSREF	Banamba	Banamba
19	Dr Diallo Mamadou	Chef de poste CSCOM	Banamba	Banamba
20	Guindo Yaïguéré Tembely	Coordinatrice ONG YA-G-TU	Badiangara	Badiangara
21	Dr Marieta	Chargée de nutrition APH	Badiangara	Badiangara



