MALI

CERCLE DE KITA, REGION DE KAYES, KAARTA

Publication : Août 2017

RAPPORT FINAL

L'ESSENTIEL

Photo : © Delon Madavan pour Action contre la Faim

Gaïa Fisher
Expert Link NCA

Issue d'une formation combinant socio-anthropologie et études du développement, Gaïa Fisher se spécialise dans la conduite de recherches appliquées à la coopération internationale et à l'aide humanitaire. Après avoir réalisé une étude de terrain ethnographique de 36 mois au Vanuatu (Pacifique Ouest), elle a géré une évaluation d'impact sociologique sur une étude de faisabilité de l'implantation d'une infrastructure portuaire fiable. Des évaluations socio-sanitaires ont suivi, portant sur l'enfance abandonnée au Mali et la santé mentale en Mauritanie.

Pour ACF, elle a contribué à l'étude des causes de la malnutrition dans la région de Kayes, au Mali et a mené une étude de capitalisation sur l'intégration d'activités génératrices de revenus et de soutien psychosocial au Libéria.

Delon Madavan
Expert Link NCA

Delon Madavan est un chercheur associé au Centre d'études sur l'Inde et l'Asie du Sud (CEIAS – EHESS/CNRS) de Paris et au Centre d'études et de recherche sur l'Inde, l'Asie du Sud et sa diaspora (Université du Québec à Montréal). Il a soutenu une thèse de géographie en 2013 intitulée « Les minorités tamoules à Colombo, Kuala Lumpur et Singapour : minorités, intégrations socio-spatiales et transnationalités » à l'Université Paris-Sorbonne, institution dans laquelle il a enseigné 5 années. Il a ensuite participé entant que Post-doctorant à l'Université de l'UQAM à un projet d'étude sur l'intégration des populations tamoules en pays francophones à Paris et Montréal.

Depuis une dizaine d'années, ses recherches portent donc sur l'articulation entre migrations, integration socio-spatiales et identités pour analyser les formes d'intégration de populations migrantes ou minoritaires dans plusieurs villes (Jaffna, Colombo, Singapour, Kuala Lumpur, Paris and recently Montreal).

MALI

NORD DU CERCLE DE KITA, REGION DE KAYES, KAARTA

PUBLICATION : AOUT 2017

Par **Dr. Delon Madavan et Gaïa Fisher**
(Experts Link NCA)

SOMMAIRE

RESUME EXECUTIF 2

1/ INTRODUCTION 2

2/ OBJECTIFS 2

3/ METHODE 3

SOUS-NUTRITION : DONNEES QUANTITATIVES ET PERCEPTIONS LOCALES 4

1.1 Résultats anthropométriques 4

1.2 Définitions et perceptions locales de la malnutrition 6

SCHEMA CAUSAL LOCAL POUR LE KAARTA 8

CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS 9

1/ RECOMMANDATIONS POUR LES FACTEURS DE RISQUE MAJEURS 9

2/ RECOMMANDATIONS POUR LES FACTEURS DE RISQUE IMPORTANTS 12

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1/ INTRODUCTION

Le cercle[1] de Kita se situe dans le Sud-ouest du Mali, dans la région de Kayes. Il couvre une zone de 35 250 km². Sa population totale est estimée à 476 666 habitants répartis en 33 communes, dont deux parmi elles sont urbaines. L'étude Link NCA concerne les quatre communes les plus septentrionales du cercle de Kita : Séféto Ouest, Séféto Nord, Djougoun et Guémoukouraba. Ces communes font partie de l'ancienne entité socio-historique du Kaarta dont le territoire est aujourd'hui compris à la fois dans le cercle de Kita et de Diéma.

Le Kaarta a été choisi pour conduire une analyse causale de la sous-nutrition selon la méthodologie Link NCA car malgré les actions menées par les autorités maliennes et leurs partenaires (ONG locales et internationales, ainsi que la société civile), la problématique de la sous-nutrition est largement installée, avec des prévalences élevées. Lors de la dernière enquête nutritionnelle SMART nationale, menée en 2015, les résultats pour la région de Kayes étaient préoccupants. En effet, la prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 13,3% (IC : 10,9 - 16,1), et de MAS de 2,4% (IC : 1,6 - 3,6). Sur l'échelle de classification de l'OMS, ce taux de MAG met la région de Kayes en situation sérieuse. Avec 24,1% (IC : 21,1 – 27,4), la prévalence de malnutrition chronique correspondait, selon l'échelle de classification de l'OMS, à une situation précaire à surveiller.

2/ OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude Link NCA étaient de :

[1]. Le Cercle est le deuxième niveau de collectivité territorialeau Mali après la région. Un Cercle regroupe plusieurs communes, doté d'une personnalité morale et bénéficiant de l'autonomie financière. Il y a 49 Cercles au Mali.

- Permettre de réunir les communautés locales, les experts techniques, les scientifiques, les responsables politiques de différents domaines d'expertise (nutrition, santé, pratiques de soins, santé mentale, hydraulique, assainissement, sécurité alimentaire, moyens d'existence, éducation, sciences sociales, …) afin d'identifier les principales hypothèses causales de la sous-nutrition au Kaarta et de parvenir, après la collecte de données sur le terrain et leur analyse par l'analyste Link NCA, à un consensus sur les causes plausibles de la sous-nutrition.
- Comprendre quels sont les mécanismes et les chemins causaux de la sous-nutrition qui impliquent que certains enfants du Kaarta souffrent de malnutrition aiguë ou chronique.
- Comprendre l'état de malnutrition aiguë et chronique de la population étudiée et comment ses causes ont évolué avec le temps du fait de tendances historiques, de manière saisonnière du fait d'épisodes cycliques, ou de chocs récents ?
- Permettre, grâce aux résultats de l'étude, d'améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle d'ACF et de ses partenaires en fournissant des recommandations opérationnelles pour des interventions plus adaptées au contexte local.
- D'avoir une approche holistique et d'initier une réponse locale collective et coordonnée.

3/ METHODE

La Link NCA a commencé en août 2016 avec une revue de la littérature (en utilisant le module « Mécanismes de la sous-nutrition » de la méthodologie Link NCA et la littérature grise disponible) afin d'identifier un premier groupe de facteurs de risque potentiels et les mécanismes qui pourraient expliquer la sous-nutrition au Kaarta.

Lors d'un premier atelier de travail, tenu les 24 et 25 novembre 2016, des experts techniques ont examiné, discuté, perfectionné, validé des facteurs de risque potentiels. Ces experts techniques issus de différents secteurs de compétences et de différents types d'organisations ont travaillé en groupes multisectoriels pour faciliter les discussions et les échanges d'idées. Les hypothèses validées lors de cet atelier par les experts sont celles qui ont été testées au cours de l'étude Link NCA au Kaarta. La collecte des données a commencé début janvier 2016 et a duré quatre (4) semaines au total.

La Link NCA a une approche méthodologique mixte, combinant à la fois à une collecte de données quantitatives et qualitatives. Dans le cadre de cette Link NCA. L'enquête qualitative, qui s'appuyait sur des groupes de discussion et des entretiens individuels, s'est déroulée sur quatre (4) semaines.

Après l'analyse des données, les résultats ont été présentés pour chaque facteur de risque causal hypothétique lors de l'atelier final avec les experts qui s'est déroulé le 20 février 2017.

Les experts, divisés en plusieurs groupes multisectoriels, ont validé les résultats et ont attribué à chacun des facteurs de risque causaux avec une note de confiance en s'appuyant sur plusieurs critères : sa prévalence selon les données secondaires, la prévalence selon l'étude Link NCA, les preuves scientifiques de l'association entre le facteur de risque et la malnutrition, la saisonnalité du facteur risque, les données qualitatives et la perception des communautés (une explication complète des critères peut être trouvée dans le rapport (cf. Tableau 34 à 36).

SOUS-NUTRITION : DONNEES QUANTITATIVES ET PERCEPTIONS LOCALES

1.1 RÉSULTATS ANTHROPOMÉTRIQUES

Le tableau 6 présente les résultats de l'enquête nutritionnelle de la Baseline de septembre 2016 d'ACF. Selon les résultats de l'enquête pour WHZ (Poids-Taille), la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est de 12,1% [9,6% - 15,1% - 95% CI], de 10,1% [8% - 12,7% - 95% CI] pour la prévalence de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et de 2% [1,1% - 3,4% - 95% CI] pour la prévalence de cas de malnutrition aiguë sévère (MAS). Les résultats de l'enquête pour HAZ (Taille –Age), sont pour la prévalence du retard de croissance de 27,1% [22,7% - 32% - 95% CI], et de 20,7% [16,7% - 25,3% - 95% CI] pour la prévalence du retard de taille sévère. Les résultats de l'enquête pour WAZ (Poids-Age) sont de 23,5% [19,5% - 28,1% - 95% CI] pour la prévalence de l'insuffisance pondérale, et de 5,8% [4,1% - 8% - 95% CI] pour la prévalence de l'insuffisance pondérale sévère.

Les principaux résultats de l'enquête avec le MUAC donnent des prévalences de 4,5% [3,4% - 6,1% - 95% CI] pour la MAG, de 3,3% [2,2% - 4,8% - 95% CI] pour la MAM et de 1,2% [0,7% - 2,3% - 95% CI] pour la MAS. Il a été noté une différence assez significative entre les prévalences poids/taille et la prévalence avec le MUAC. Cette différence a été également notée avec les résultats des enquêtes SMART de mai 2015.

Comparées avec les résultats de l'enquête SMART[2] de mai 2015, les prévalences de la MAG et de la MAS sont moins élevées (cf. Tableau 6). La prévalence de la malnutrition chronique est plus élevée que celle relevée lors de l'enquête SMART de 2015. Enfin, la prévalence de l'insuffisance pondérale sévère pour l'enquête Baseline (5,8% [4,1% -8% - 95% IC]) est supérieure à celle qui avait été relevée lors de l'enquête SMART. L'enquête baseline indique que la situation de la malnutrition aigüe globale reste sérieuse et celle pour la malnutrition chronique précaire au Kaarta.

[2]. Ministère de la santé et UNICEF, 2015, Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants en Mauritanie : Enquête SMART post récolte 2014, Nouakchott, 61 p.

	CRITERE	PREVALENCE (%) DANS LA ZONE D'INTERVEN-TION	IC (95%) BORNE INF	IC (95%) BORNE SUP	SMART MAI 2015 (REGION DE KAYES)
	WHZ (Poids-Taille) < -2 z-score et/ou oedème	12,1	9,6	15,1	13,3
	MUAC < 125 mm et/ou oedème	4,5	3,4	6,1	3,5
	-3 ≤ WHZ < -2 z-score	10,1	8	12,7	10,9
	115 ≤ MUAC <125 cm	3,3	2,2	4,8	2,5
	WHZ < -3 z-score et/ou oedème	2	1,1	3,4	2,4
	MUAC <11.5 et/ou oedème	1,2	0,7	2,3	1,1
PREVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE	HAZ (taille – Age) < -2 z-score	27,1	22,7	32	24,1
PREVALENCE DU RETARD DE TAILLE SEVERE	HAZ (taille – Age) < -3 z-score	20,7	16,7	25,3	5,4

PREVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDERALE	WAZ (Poids-Age) < -2 z-score	23,5	19,5	28,1	23,4
PREVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDERALE SEVERE	WAZ < -3 z-score	5,8	4,1	8	4,4

Tab. 1. Résultats anthropométriques pour les enfants âgés de 6-59 mois

1.2 DEFINITIONS ET PERCEPTIONS LOCALES DE LA MALNUTRITION

Lors des groupes de discussion, les habitants des villages visités ont déclaré qu'avant l'arrivée d'ACF et de ses partenaires, il y avait de nombreux cas d'enfants malnutris, notamment des MAS, mais qu'ils n'avaient pas conscience à l'époque que c'était une maladie. Le travail de sensibilisation et les campagnes de dépistage des enfants malnutris ont permis de référer ces derniers dans les centres de santé communautaire et les Unités de récupération et Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (pour les MAS avec complications) et d'informer la population sur ces maladies. Toutefois, l'enclavement de certains villages et le manque de moyens financiers de certains ménages pour payer le coût de transport ne permettent pas aux habitants du Kaarta d'emmener leurs enfants au Cscom pour suivre un traitement. Les familles les plus précaires se tournent plutôt vers les remèdes traditionnels pour tenter de guerrir leurs enfants. Dans certains villages très enclavés comme Sorongolé, les habitants ont rapporté qu'il y avait encore de nombreux cas d'enfants souffrant de marasme ou de kwashiorkor pendant l'hivernage

Pour comprendre ce que la malnutrition évoque aujourd'hui pour les communautés, l'équipe Link NCA a demandé aux villageois de dire ce qu'évoquait cette maladie pour eux et quelles en étaient les principales causes. A partir des réponses obtenues, l'analyste rédigeait une synthèse qui était discutée puis validée par les villageois lors de la restitution finale qui avait lieu dans chaque village.

Les définitions de la malnutrition validées par les villageois de Djougounté, Néguébougou, Dionfa et Sorongolé sont les suivantes :

La malnutrition est une maladie due à la faim. Elle provoque un retard de croissance. Le manque de nourriture en quantité et en qualité (micronutriments, vitamines, viande, poisson), les grossesses rapprochées en sont les causes principales. Les enfants malnutris sont maigres, avec le ventre ballonné, avec des oedèmes et manquent d'appétit. Leur peau peut être pale et leur cheveux fins et rouges.

Village Djougounté

La malnutrition est une maladie. Elle est causée par le manque de nourriture, le manque d'hygiène ou par des maladies (comme la diarrhée). Physiquement, les enfants malnutris sont souvent maigres et ils ont parfois les pieds gonflés et le ventre ballonné.

Village Néguébougou

La malnutrition est une maladie causée par le manque de nourriture ou la mauvaise alimentation. Le manque d'hygiène, des maladies (diarrhée), le manque de lait maternel et les grossesses

rapprochées sont aussi des causes de la malnutrition. Les enfants malnutris sont très maigres et ont parfois des parties du corps qui sont gonflées ou avec des oedèmes.

Village Dionfa

La malnutrition est une maladie qui est causée par la faim. La maigreur, le ballonement de certaines parties du corps, les oedèmes, les plaies au niveau de la bouche, le retard de croissance et la faiblesse musculaire sont différents symptômes de la malnutrition.

Village Sorongolé

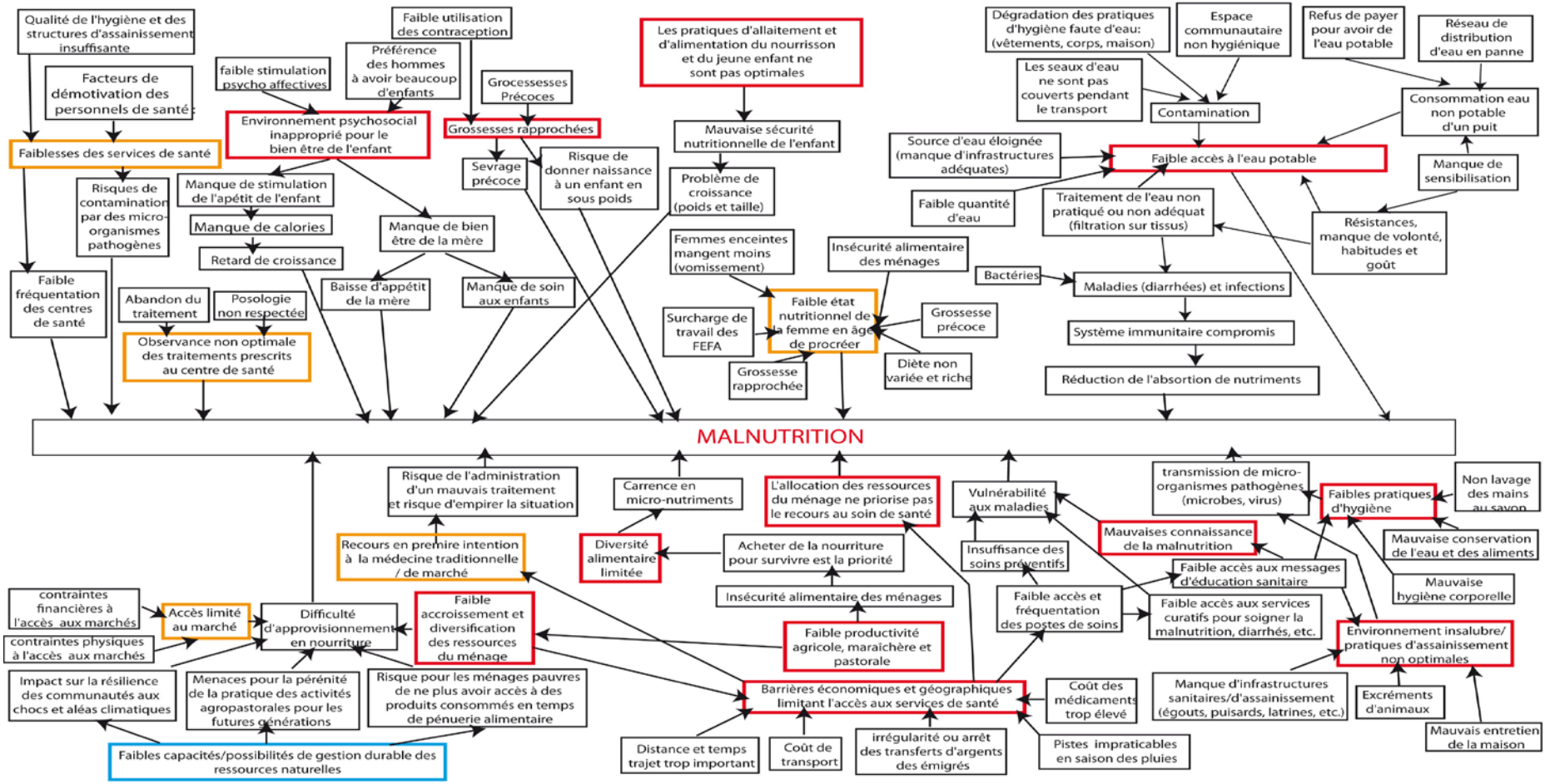
Si les définitions de la malnutrition varient en fonction des communautés, plusieurs points de convergences se retrouvent et semblent faire l'unanimité pour les habitants des 4 villages. La malnutrition est perçue par les 4 communautés comme une maladie qui peut toucher aussi bien des enfants que des adultes. Le manque de disponibilité et d'accès à la nourriture ou à l'eau potable, le manque d'hygiène et les maladies, en particulier la diarrhée, sont perçus dans tous les villages comme les principales causes de la malnutrition (cf. Tableau 33). L'allaitement au colostrum est généralement respecté. Par contre, le non respect de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et de l'espacement des naissances sont désignés comme des causes majeures qui peuvent détériorer le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.

Les échanges aux cours des groupes de discussions ont révélé que la malnutrition était fortement associée à la pauvreté qui ne permet pas aux ménages d'avoir assez de nourriture pour manger à leur faim ou d'avoir une alimentation riche et variée. Les légumes, les fruits, le poisson et la viande sont des aliments jugés indispensables pour la bonne croissance des enfants. Mais leur coût prohibitif ne permet souvent pas aux villageois les plus précaires de les intégrer régulièrement dans leur régime alimentaire. Très peu de villageoises préparent un repas spécifique pour leurs enfants. Ces derniers mangent généralement le même repas que les adultes. Certains villageois donnent des bouillies à leur enfant ou quelques légumes pour leur assurer une meilleure nutrition.

Les villageois soulignent l'importance d'assurer une bonne hygiène pour que les enfants ne tombent pas malades. Tenir propre sa maison, laver fréquemment l'enfant et ses vêtements, laver le sein avant d'allaiter, boire de l'eau potable ont été fréquemment évoqués comme de bonnes pratiques à adopter pour limiter les cas de diarrhée et lutter ainsi contre la malnutrition.

De nombreuses personnes rencontrées lors des focus groups ont du mal à identifier la malnutrition. Certaines ont interprété les yeux gonflés à un symptome du paludisme et les enfants présentant les symptômes du kwashiorkor comme étant victimes de la "maladie du vent nocturne" (ou à Dionfa "de la maladie de l'enfant qui ne grandit pas") qui n'est pas perçue comme une forme de la malnutrition. Plusieurs signes permettent tout de même à certains villageois d'identifier des enfants malnutris. La maigreur d'un enfant, le fait qu'il soit très faible, qu'il ne joue pas, le manque d'appétit ou le gonflement de certaines parties du corps (ventre et visage) leur permettent de supposer que l'enfant souffre de malnutrition. Lorsqu'ils pensent avoir à faire à un enfant malnutri, certains villageois conseillent d'emmener l'enfant directement au poste de santé pour être référé ou bien aux relais communautaires (ces derniers ne sont pas toujours bien identifiés par les villageois) pour confirmer leur doute afin que l'enfant puisse être pris en charge. D'autres vont au préalable tenter de soigner l'enfant avec des plantes ou avec l'aide d'un tradipraticien.

SCHEMA CAUSAL LOCAL POUR LE KAARTA



CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude Link NCA montrent que les causes de la malnutrition au Kaarta (en termes de retard de croissance et d´émaciation) sont multisectorielles (Nutrition, Wash, santé, etc.), multifactorielles et hautement interdépendantes. L'étude Link NCA a été réalisée pour faire travailler ensemble les experts et les parties prenantes afin d'engager une dynamique collective de collaboration multisectorielle pour agir ensemble (organismes internationaux, responsables politiques, responsables des grandes directions régionales, ONG locales et internationales et bien sûr les communautés) pour améliorer la situation nutritionnelle des communautés des 4 communes du nord du cercle de Kita. Les 2 ateliers qui ont été organisés à Kita ont été des opportunités de réflexion et de travail collectif en vue d'avoir une compréhension plus globale des causes de la malnutrition au Kaarta. Les résultats peuvent être utilisés comme un point de départ pour réfléchir à l'analyse de la réponse et identifier ensemble une (ou des) réponse(s) appropriée(s), faisable(s) et durable(s) pour répondre aux causes majeures et importantes de la sous-nutrition au Kaarta. L'objectif pourrait être de mettre à terme en place un plan de planification (stratégies, programmes, projets, etc.) avec les communautés et qu'il soit opérationnel (contraintes financières, intérêts stratégiques, etc.) afin d'aider encore plus efficacement les populations vulnérables du Kaarta et endiguer la malnutrition. En effet, un certain nombre de recommandations exigent l'effort spécifique du gouvernement et des acteurs locaux présents dans la même zone. La malnutrition étant un mal multisectoriel et complexe, aucun acteur ne peut réussir à l'endiguer seul.

Par conséquent, et sur la base des résultats de la Link NCA, les recommandations suivantes devraient être prises en compte pour lutter contre les principales causes de la sous-nutrition. Les recommandations sont présentées en fonction de leur impact (à savoir si le facteur risque a été classé comme un risque majeur, important ou mineur) pour faciliter la présentation.

1/ RECOMMANDATIONS POUR LES FACTEURS DE RISQUE MAJEURS

A/ Faible productivité agricole, maraîchère et pastorale

- Favoriser l'accès aux intrants agricoles adaptés aux changements climatiques (agricoles, pastoraux, maraîchers) et à l'intérêt nutritionnel
- Formation sur les techniques de cultures résilientes (cycles courts, lutte contre les ennemis, etc.) et agro-écologiques (micro-irrigation rotation, renforcement de la fertilité des sols, promotion de systèmes intégrés agriculture-élevage, etc.)

- Gestion du cheptel (gestion du troupeau, alimentation animale, santé animale, etc.)
- Sécurisation et valorisation de la production (banques de céréales, aliments bétail, microfinance/warantage, stockage, conservation, transformation des produits locaux, etc.)
- Appuyer des initiatives locales pour alléger la charge et la pénibilité du travail des femmes (moulins, systèmes d'exhaure, accès à l'eau, etc.)
- Renforcer et accompagner la création et/ou la structuration d'associations professionnelles villageoises
- Renforcer les pratiques de bonne gouvernance des organisations paysannes (dont gestion)
- Améliorer l'accès à la santé animale (parcs de vaccination, accès aux services et intrants vétérinaires)
- Aide pour obtenir des aliments bétail pendant la saison sèche

B/ Faible accroissement et diversification des ressources du ménage

- Soutenir les initiatives locales à intérêt nutritionnel et économique (valorisation des produits locaux -cueillette, produits agricoles et maraîchers locaux, etc., autres AGRs, etc.) pour le marché national et régional
- Promotion de la sécurisation naturelle des terres agricoles et maraîchères (haies mortes, haies vives, essences agro-forestières à intérêt nutritionnel)
- Développer et/ou créer les systèmes de micro-crédits communautaires
- Diversifier les systèmes de productions

E/ Diversité alimentaire limitée

- Soutien aux périmètres maraîchers
- Lien avec le soutien aux initiatives locales de transformation des produits alimentaires
- Promouvoir les autres filières alimentaires à intérêt nutritionnel (aviculture, pisciculture, embouche, etc.)
- Sensibilisation sur l'alimentation et la nutrition (notamment implication des hommes)
- Développement des guides de recettes locales pour la famille et les enfants, en langue locale
- Promotion des écoles des hommes

F/ Faible accès a l'eau potable

- Amélioration de l'accès à l'eau en quantité suffisante pour la boisson des hommes et d'autres usages agricoles et pastorales au niveau communautaire et des structures scolaires et de santé
- Amélioration de l'accès à une eau de boisson salubre pour la consommation humaine au niveau familial, des structures scolaires et de santé
- Promotion de la gestion durable des points d'eau installés dans les communautés, les centres de santé et les écoles
- Promouvoir la sécurisation des puits (fermeture, etc.) et améliorer la chaîne d'approvisionnement et de conservation en eau de qualité
- Soutenir les projets des migrants pour la création de château d'eau (conseils, aide technique, montage de dossier, recherche de subventions)
- Promouvoir les techniques écologiques de traitement de l'eau et la maintenance des puits

G/ Faibles pratiques d'hygiène

- Promouvoir la construction de latrines familiales hygiéniques à travers l'ATPC + E
- Sensibiliser les populations sur l'importance du lavage des mains et les moments clés du lavage des mains
- Promouvoir la fabrication locale et la vente de savon (AGRs)
- Promotion de la production de chlore (Antena Wata), notamment au niveau des Asaco

H/ Environnement insalubre / pratiques d'assainissement non optimales

- Promouvoir la création de comités villageois d'hygiène et d'assainissement
- Promotion des techniques de recyclage des déchets animaux et humains (biogaz, utilisation compost, Ecosan, etc.)
- Sensibiliser les villageois sur les risques sanitaires de la divagation des animaux
- Poursuivre la deuxiène phase de l'ATPC
- BABY WASH (prévention des maladies entéropathiques) et communication pour le changement de comportement
- Développement de la gestion des eaux usées (canalisation, abreuvoirs, etc.)
- Assurer l'hygiène et la gestion des eaux usées au niveau des points d'eau

J/ Barrières économiques et géographiques limitent l'accès aux services de santé

- Faire un plaidoyer pour encourager la construction de structures de santé.
- Améliorer l'accès économique (femmes) à la santé
- Promouvoir les AGR et les micro-credits
- Promouvoir le système de caisse de sécurité sociale villageoise pour la santé
- Faire un plaidoyer pour la prise en charge régulière des motivations des agents de santé communautaire
- Plaidoyer auprès des collectivités locales pour la prise en compte de la réhabilitation des pistes dans le PDESC (Plan de Développement Economique Social et Culturel) pour améliorer l'accès physique au centre de santé

K/ L'allocation des ressources du ménage ne priorise pas le recours aux soins de santé

- Appuyer la production agricole et développement des AGR
- Promouvoir une gestion raisonnée des ressources financières priorisant les dépenses de santé et renforçant le pouvoir de décision des femmes dans l'allocation des ressources du ménage
- Promouvoir les intiatives qui renforcent la capacité économique et décisionnelle des femmes

O/ Environnement psychosocial inapproprié pour le bien être de l'enfant

- Promovoir la créaction d'espaces et de mécanismes qui permetent aux femmes de se retrouver et d'échanger
- Plus d'implication des hommes pour assumer les frais financiers liés à la santé des enfants pour soulager les femmes.
- Diminuer la charge de travail des femmes.

P/ Pratiques d'allaitement et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non optimales

- Promotion de l'ANJE

Q/ Faible espacement des naissances

- Sensibiliser et convaincre sur l'utilité du planning familial pour assurer la sécurité de la femme et des enfants.
- Renforcer l'information sur les services de la santé de la reproduction et améliorer l'offre de service en santé de la reproduction

Hypothèse supplémentaire/Mauvaise reconnaissance et prise en charge de la malnutrition

- Mieux former et encadrer les relais communautaires pour les méthodes de sensibilisation et les dépistages.
- Actualiser la liste des relais communautaires pour remplacer ceux qui sont démotivés ; les femmes qui se sont mariées et ont quitté le village ou encore des hommes partis en aventure à l'étranger.
- S'assurer que les dépistages et les causeries sont rapidement réalisés dans les villages où les relais ne les pratiquent plus
- Mobiliser d'autres acteurs communautaires pour participer au travail de sensibilisation : imam, association des femmes, enseignants
- Mobiliser les émigrés des villages du Kaarta de Paris et d'Espagne à soutenir les sensibilisations réalisées dans le village.

2/ RECOMMANDATIONS POUR LES FACTEURS DE RISQUE IMPORTANTS

C/ Accès limité aux marchés

- Développer les liens et réseaux entre les acteurs des filières (producteurs, transformateurs, commerçants, transporteurs, etc.) et la maîtrise des marchés (cycles, systèmes d'information sur les prix, règles, etc.)

I/ Faiblesse des services de santé

- Appuyer à l'amélioratin du mécanisme de financement et de gestion et de gouvernance des centres de santé
- Respect des standards de modèle des Cscom
- Renforcer les capacités des Cscom dans la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement en matière de médicaments
- Renforcer le plateau technique, les infrastructures et les équipements des centres de santé conformes au standard

L/ Recours de première intention à la médecine traditionnelle/ maraboutique/ du marché (barrières socio-culturelles)

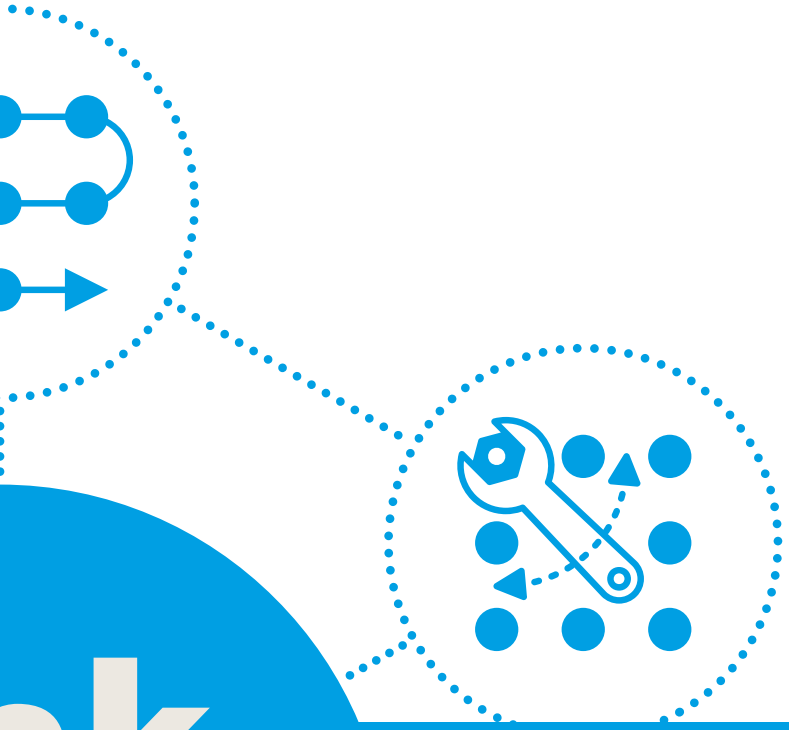
- Former et sensibiliser les tradipraticiens au dépistage et au référencement de la malnutrition.
- Plaidoyer pour l'application de la réglémentation des produits pharmaceutiques
- Sensibiliser les populations pour la fréquentation des structures de santé en première intention (implication des leaders communautaires, marabouts, prêcheurs, réseaux des rélais, leaders réligieux, communicateurs traditionnels RECOTRAD, médias)
- Appuyer les activités relatives au changement de comportement (diagnostic des pratiques néfastes pour identifier des thèmes d'animation, définition de la stratégie et des canaux de communication)
- Faire une étude sur les remèdes traditionnels utilisés par les villageois et les tradipraticiens.
- Faire une campagne pour sensibiliser les villageois sur les remèdes qui seraient inefficaces voire dangereux pour que les ménages les plus précaires ne les utilisent pas

M/ Faible statut nutritionnel de la femme en âge de procréer

- Ameliorer les connaissances et pratiques traditionnelles alimentaires favorables à l'amélioration de l'état nutritionnel, Développer la production des produits à haute valeur nutrititives (produits maraichers, céréales, élevage, pisciculture, produits de cueillette),
- Promouvoir la consultation prénatale

N/ Observance non optimale des traitements prescrits au CdS

- Renforcer les actions de suivi, visites à domicile par le relais et impliquer les décideurs au niveau du ménage, de la famille sur le respect de l'observance des prescriptions
- Promouvoir une communication de la part des agents de santé sur l'observance de la prescription, la maladie, l'intérêt du traitement
- Mettre l'accent sur l'importance de la prise des micronutriments tel que le fer acide folique



nk
ca

USAL ANALYSIS

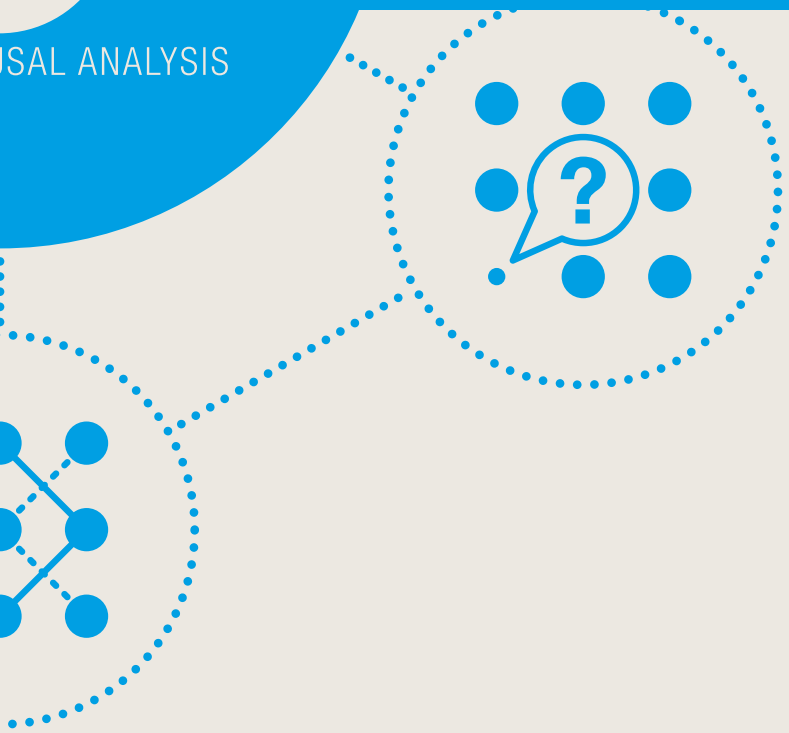
ACTION CONTRE LA FAIM

La méthodologie Link NCA a été développée par Action Contre la Faim (ACF) sous la supervision d'un comité scientifique regroupant des experts multisectoriels d'ACF ainsi que d'éminents chercheurs membres de la TUFTS University de Medford-Somervillede l'Institut de Recherche pour le Développement et du Programme Alimentaire Mondial.

Son développement a été permit par les financements apportés par :

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Aide Humanitaire et Protection Civile de l'Union Européenne



En savoir plus sur **www.linknca.org**

Auteur : **Gaïa Fisher**, *Expert Link NCA* / **Delon Madavan**, *Expert Link NCA*

Pour plus d'informations concernant la conception ou la mise en œuvre d'une Link NCA, visitez notre site internet :
www.linknca.org

Pour prendre contact avec un expert concernant toute question sur la Link NCA :
linknca@actioncontrelafaim.org

L'ESSENTIEL