

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Mémoire

Master en Santé Publique
Option

Année Universitaire 2015 - 2016

Influence des transferts monétaires sur les activités de santé communautaire dans la région de Kayes : cas du cash for nutrition Awareness du projet SNAC-K.

Présenté et soutenu le

Par :
Dr Nouhoum Housseini BOCOUM

Président :
Membre :
Directeur : Pr Akory AG IKNANE

Sponsor :
Programme Alimentaire Mondial
Lutter contre la faim dans le monde

Dédicaces

Aux enfants malnutris

Je dédis ce travail aux enfants malnutris qui ont un grand besoin d'amélioration de leur préoccupation à travers beaucoup d'efforts.

Remerciements

Aux membres de ma famille

Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui et vous n'avez ménagé aucun effort pour cette formation. Vous m'avez été un grand soutien moral. Que le bon Dieu vous assiste.

Au chef de DER de la FMOS,

Merci pour tout l'effort consenti à notre formation. J'espère être à la hauteur de vos attentes dans mes activités de Santé Publique.

Au Professeur Akory Ag Iknane,

Nous reconnaissons les efforts consentis dans notre formation. A travers votre sens de bien faire, votre ouverture d'esprit, nous espérons être un grand appui sur le plan de nutrition santé publique au Mali et ailleurs. Merci pour votre confiance.

A tous les enseignants du DERSP de la FMOS.

Merci pour votre la formation. Nous en serons reconnaissants.

A tous les personnels du PAM Mali,

J'ai été bien accueilli au sous bureau de Kayes et en bonne condition de travail. Merci pour vos soutiens, vos conseils et vos encouragements.

A mes amis

Merci pour vos encouragements, votre soutien et vos conseils.

Aux collègues de la 2^{ème} promotion du master en nutrition et 4^{ème} promotion du master en santé publique du DERSP de la FMOS de Bamako,

J'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous remercie pour votre soutien en espérant que le groupe continue de vivre.

RESUME

Le cash est très avantageux chez 93,8% des femmes et avantageux chez 5,6%.

La somme perçue est utilisée pour les dépenses de l'enfant dans 60,00% des cas, les achats de la mère dans 50,5% des cas, 12,50% dans les frais de l'ordonnance et 17,50% dans les produits hygiéniques.

Le score de consommation était de 29 dans notre étude, la consommation est limitée selon la classification.

Dans notre étude, 16% avaient une consommation faible, 63,5% avaient une moyenne consommation et 20,5% une bonne consommation.

L'analyse des pratiques de l'allaitement révèle que 97,9% ont reçu du colostrum, après accouchement, 55,5% sont mis au sein entre 30 à 60 min, 91,2 % des enfants ont suivi l'allaitement exclusif.

Dans 71,4 % des cas, l'enfant est une fois tombé malade dominé par la fièvre 89,8%, diarrhée 75,4%, 80,8% des enfants ont eu une consultation dans un centre de santé.

Près de 99,2% chez les mères interrogées ont effectué au moins une CPN avec un taux de 44% avec 3 CPN et 25% avec 4 CPN.

Les femmes dans 71,9 % affirment avoir eu des connaissances l'importance du colostrum. 70,2% des femmes répondent à 6 mois l'âge de diversification alimentaire et 71,75% à 24 mois l'âge de l'arrêt de l'allaitement.

Mots clés : Diversification alimentaire, cash transfert, C.S.Com.

ABSTRACT

Cash transfert is very advantageous in 93.8% of women and advantageous in 5.6%. The amount collected is used for the expenses of the child in 60.00% of the cases, the purchases of the mother in 50.5% of the cases, 12.50% in the expenses of the prescription and 17.50% in Hygienic products.

The consumption score was 29 in our study, consumption is limited according to the classification.

In our study, 16% had low consumption, 63.5% had average consumption and 20.5% had good consumption.

Analysis of breastfeeding practices revealed that 97.9% received colostrum after delivery, 55.5% were breastfed within 30-60 minutes, and 91.2% of the children had exclusive breastfeeding.

In 71.4% of the cases, the child became ill with fever 89.8%, diarrhea 75.4%, 80.8% of the children had a consultation at a health center.

Almost 99.2% of the mothers surveyed had at least one NPC with a rate of 44% with 3 NPCs and 25% with 4 NPCs.

Women in 71.9% reported having knowledge of the importance of colostrum. 70.2% of women respond to 6 months of dietary diversification age and 71.75% to 24 months of age of discontinuation of breastfeeding.

Key words: Food diversification, cash transfert, C.S.Com.

Table des matières

1- INTRODUCTION - 1 -

2- QUESTION DE RECHERCHE - 3 -

3- OBJECTIFS - 3 -

 3.1. OBJECTIF GENERAL - 3 -

 3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES..... - 3 -

4. GENERALITES - 3 -

 4.1. ENONCE DU PROBLEME - 3 -

 4.2. DEFINITION DES CONCEPTS..... - 4 -

5. METHODOLOGIE..... - 10 -

 5.1. CADRE D’ETUDE..... - 10 -

 5.2. METHODE D’ETUDE..... - 12 -

 5.2.1. Lieu d’Etude.....- 12 -

 5.2.2. Type et Période de l’étude - 12 -

 5.2.3. Population d’étude - 12 -

 5.2.4. Population cible - 12 -

 5.2.5. Critères d’inclusion et de non inclusion.....- 12 -

 5.3. ECHANTILLONNAGE - 13 -

 5.3.1. Technique et taille de l’échantillon.....- 13 -

 5.3.2. Techniques et outils de collecte des données.....- 13 -

 5.3.3. Choix des variables - 14 -

 Les unités statistiques - 14 -

 5.4. PLAN DE TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES - 14 -

 5.5. CONSIDERATIONS ETHIQUES..... - 14 -

6. RESULTATS - 15 -

 6.1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES - 15 -

 6.2. SATISFACTION AU TRANSFERT MONETAIRE - 18 -

 6.3. DIVERSITE ALIMENTAIRE - 19 -

 6.4. ALLAITEMENT - 21 -

 6.5. SANTE DE L’ENFANT..... - 23 -

 6.6. CONNAISSANCE DES FEMMES SUR L’ALIMENTATION DES ENFANTS - 26 -

 6.9. CONSEQUENCES DES TRANSFERTS MONETAIRES SUR LES C.S.COM..... - 28 -

 6.10. ROLE DES A.SA.CO DANS LE PROJET - 29 -

 6.11. LES RESSOURCES DU CENTRE - 29 -

 6.12. LES STRATEGIES DE PERENNISATION DES ACQUITS..... - 30 -

-7. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS - 31 -

Bibliographie	39
Annexe	40

ABREVIATIONS

ADG :	Association pour le Développement Global
ADR :	Association d'appui aux Actions de Développement Rural
ASACO:	Association de Santé Communautaire
CAN:	Cash for Nutrition Awareness
CCT:	Conditional Cash Transfer
CPN :	Consultation Pré Natale
C.S.Com :	Centre de Santé Communautaire
CWG :	Cash working group
DERSP:	Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique et spécialité
DTC:	Directeur Technique du Centre
EFSL:	Emergency Food Security and Livelihoods
IDH du PNUD :	Indice de Développement Humain du Programme des Nations Unis pour le Développement
IEC/ CCC :	Information Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement
IMF :	Institution de Micro Finance
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
LNS-MQ:	Lipid-based Nutrient Supplement - Medium Quantity
M.A.M. :	Malnutrition Aigue Modérée
M.A.S :	Malnutrition Aigue Sévère
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
SDA :	Score de Diversité Alimentaire
SMART:	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNAC-K :	Santé Nutritionnelle à Assise Communautaire à Kayes
TMC:	Transfert Monétaire Conditionnel
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund
USAID:	United States Agency for International Development

1- INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le Mali fait face à des crises naturelles (sécheresses, inondations, invasions acridiennes, conflits sociaux, etc. qu'une grande partie de la population a été affectée par une insécurité alimentaire et nutritionnelle temporelle(1).

Le Mali fait partie des pays les moins avancés du monde selon d'IDH du PNUD et des pays à faible revenu avec un déficit vivrier (2). Malgré les grandes potentialités du pays en terres cultivables et ressources hydriques, l'économie malienne reste assujettie au caractère aléatoire d'une agriculture pluviale extensive, hypothéquant la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations, notamment rurales(2).

L'analyse des données nutritionnelles par région, montre que la région de Kayes est l'une des régions qui affichent les taux de malnutrition les plus élevés au niveau du pays quel que soit le type de malnutrition, dépassant les moyennes nationales en général et surtout dans certains cercles de la région de Kayes comme Yélimané, Diéma et Bafoulabé (3).

Dans le but de prévenir et minimiser les risques liés à la crise alimentaire et nutritionnelle sur les populations de Kayes, le Programme Alimentaire Mondial en collaboration avec l'Unicef sur financement de la coopération Canadienne a initié en 2011 un projet « Santé Nutritionnelle à Assise Communautaire à Kayes (SNAC-K) dans 4 districts sanitaires de la région (Bafoulabe, Oussoubidiagna, Yélimané et Diéma) ».

Le projet SNAC-K est mise en place pour améliorer la situation nutritionnelle chez les enfants et les femmes de la région de Kayes. Il a plusieurs composantes basées sur un paquet d'activités réalisé par les agents communautaires et les centres de santé communautaires (CSCOM) tel que la mise en œuvre de la composante transfert monétaire qui a été suggérée comme mesure compensatoire pour améliorer l'accessibilité aux soins dans la période cruciale de 1000 jours.

Les composantes du projet SNAC-K sont entre autres :

- ❖ le Suivi de croissance des enfants de 0-24 mois ;
- ❖ Dépistage/référencement et prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée ;
- ❖ Éducation sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans la communauté ;
- ❖ Diversification de la production alimentaire et activités génératrices de revenu à travers la mise en place des jardins maraîchers par les groupements féminin ;

- ❖ Renforcement des capacités des partenaires (structures gouvernementales et communauté) ;
- ❖ « Cash for Nutrition Awareness (CNA) », qui a commencé en janvier 2014, vise à prévenir le retard de croissance en ciblant la période des 1000 jours ou fenêtre d'opportunité allant de la conception jusqu'à l'âge de deux ans de l'enfant. Il incite les femmes enceintes et mères allaitant aux consultations pré et postnatales à travers un transfert monétaire conditionné par la fréquentation des centres de santé ainsi qu'un supplément nutritionnel prêt à l'emploi (ATP) pour leurs enfants entre 6 et 24 mois.

Pour ce faire, le PAM avec la participation des autorités administratives et sanitaires de la région de Kayes a fait une randomisation des zones du projet en 4 bras de traitement, dont 42 C.S.Com, tirés aléatoirement et repartis comme suit:

- Bras 1 (groupe de comparaison) : les femmes et leurs enfants bénéficient des activités du projet SNAC-K seulement ;
- Bras 2 (composante 1 de l'intervention) : en plus des activités du SNAC-K, les femmes reçoivent un transfert monétaire pendant la période de 1000 jours ;
- Bras 3 (composante 2 de l'intervention) : en plus des activités du SNAC-K, les femmes reçoivent du Plumpy'doz pour leur enfant entre 6 et 24 mois ;
- Bras 4 (composantes 1 et 2 de l'intervention) : les femmes reçoivent un transfert monétaire pendant la période de 1000 jours et du Plumpy'doz pour leur enfant entre 6 et 24 mois.

Au final, 42 C.S.Com. tiré au hasard ont bénéficié du cash transfert.

Parmi les activités menées par le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et l'UNICEF dans la région de Kayes dans le cadre de l'amélioration de l'état nutritionnelle des femmes et des enfants moins de cinq ans, demeurent des interventions de développement, de nutrition, d'éducation et de santé financées en partie par la Coopération Canadienne au profit de la population de Kayes.

Les ONG nationales ADG et ADR sont les partenaires du PAM sur le projet SNAC-K depuis son démarrage. Elles ont ainsi été sollicitées par le PAM pour la mise en œuvre du projet.

La présente étude qui s'inscrit dans le cadre du mémoire de fin de cycle de Master en Nutrition au DERSP, vise évaluer l'influence des transferts monétaires sur les activités de

santé communautaire dans la région de Kayes : cas du cash for nutrition Awareness du projet SNAC-K.

2- QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est l'influence du transfert monétaire sur les activités de santé communautaire dans la région de Kayes?

3- OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Analyser l'influence du transfert monétaire sur les activités de santé communautaire dans les districts sanitaires de Diéma, Yelimane, Oussoubidiagna et Bafoulabé dans la région de Kayes.

3.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Apprécier le niveau de changement de comportement des femmes et des enfants par rapport à la nutrition dans les districts sanitaires de Diéma, Yelimane, Oussoubidiagna et Bafoulabé,
- ❖ Décrire le niveau d'implication des A.SA.CO et la fonctionnalité des C.S.Com dans les activités de santé communautaire des zones d'étude,
- ❖ Déterminer les facteurs qui entravent les activités de santé communautaire dans le cadre du transfert monétaire dans les zones d'étude,
- ❖ Apprécier le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport au volet cash dans les zones d'étude.

4. GENERALITES

4.1. Enoncé du problème

Outils de lutte contre la pauvreté et d'investissement dans le capital humain, les TMC (en anglais CCT pour Conditional Cash Transfer) ont un double objectif. Il s'agit à la fois de réduire, dans le court terme, la pauvreté infantile et, dans le moyen terme, d'augmenter l'implication des parents auprès de leurs enfants.(4)

Les dernières crises majeures (Haïti en 2010, et plus récemment les Philippines en 2013, Syrie/Irak depuis 2013, Ukraine en 2014, Népal en 2015) ont été les théâtres d'interventions où les transferts monétaires ont permis de répondre à large échelle aux besoins des

populations affectées. Entre 2004 et 2014, le volume des transferts monétaires et la distribution de coupons dans les dépenses humanitaires est ainsi passé de moins d'1% à 6%.(5)

En Afrique de l'Ouest, un constat largement partagé est que les transferts monétaires sont relativement peu utilisés par les acteurs de l'aide humanitaire (malgré des signes encourageants d'appropriation par de nouveaux acteurs, d'utilisation à plus large échelle et de montants progressivement plus importants), et se limitent généralement à certaines dimensions de la pauvreté, alimentaires et nutritionnelles, lors des périodes de soudures ou pendant les crises aiguës.

Au Mali, dès le début de l'année 2012, la production d'un document par Oxfam GB a permis d'initier une dynamique autour des questions de transferts monétaires, avant que ne soit créé plus formellement un CWG, à partir de février 2013 (dont le leader était assuré par le coordinateur des urgences en sécurité alimentaire et moyens d'existence – EFSL - d'Oxfam GB, qui y consacrait environ 20% de son temps, et du PAM).(5)

Très largement utilisés dans les phases de réponse d'urgence et de redressement post crise humanitaire, les transferts monétaires ont été aussi utilisés dans les phases de prévention. Ils sont de plus en plus acceptés par de nombreux intervenants comme un outil indispensable pour renforcer la résilience.

Les progrès sont considérables dans l'acceptation et l'utilisation des transferts monétaires dans l'action humanitaire. C'est d'ailleurs pourquoi, ils sont de plus en plus encouragés par les bailleurs de fonds et utilisés dans les plans nationaux d'urgence et les programmes de filet de sécurité.(1)

4.2.Définition des concepts

Nutrition : La nutrition est une science qui étudie les liens entre l'alimentation et la santé. Dans le cadre médical, la nutrition correspond au processus de transformation des aliments en nutriments. Ce sont eux qui permettent à un organisme vivant de fonctionner normalement. Il est important de distinguer les deux grandes familles de nutriments. Les macronutriments regroupent les lipides, protides et glucides, c'est-à-dire des nutriments énergétiques. De leur côté, les micronutriments sont composés par les minéraux, les vitamines ou encore les antioxydants. Lorsqu'un être humain consomme des nutriments en quantité insuffisante ou, au contraire, trop importante, on entre dans le cadre de la malnutrition(6)

Transfert Cash : L'analyse du mode de paiement du cash révèle l'utilisation de plusieurs mécanismes par les acteurs qui mettent en œuvre des programmes de transferts monétaires en Mauritanie. Les mécanismes identifiés concernent : le paiement direct, le paiement via commerçants, le paiement par banque, le paiement via carte bancaire, et le paiement via Institution de Micro Finance (IMF) comme le montre le tableau suivant.(1)

Les transferts monétaires conditionnels (TMC) sont des prestations imaginées et mises en place à l'origine dans les pays en développement pour lutter contre la pauvreté. Ces programmes versent aux ménages remplissant les conditions requises des prestations monétaires en contrepartie d'engagements de leur part consistant, par exemple, à amener régulièrement leurs nouveau-nés au dispensaire ou à maintenir leurs enfants à l'école.(4)

Les programmes de transfert monétaire font partie des divers types de services offerts dans la «boîte à outils» pour les interventions humanitaires. Les programmes de transfert monétaire aident les victimes de crises humanitaires dans des situations où les possibilités d'obtenir un emploi, des revenus, des moyens de subsistance ou de garantir la production économique sont extrêmement limitées ou ont cessé d'exister.

Une analyse des besoins identifiera la réalité sur place et les modes d'intervention adaptés. Voici des exemples de ces genres de programmes de transfert monétaire(7) :

- Transferts monétaires sans conditions: paiements en argent sans restrictions;
- Transferts monétaires avec conditions: paiements en argent avec des restrictions sur la manière dont l'argent est dépensé (graines de plantes, reconstruction d'abris, etc.)
- Bons de provisions: les articles ou services que le bénéficiaire peut acheter avec le bon sont préétablis.
- Argent contre travail: le bénéficiaire reçoit de l'argent contre des heures de travail passées à rétablir des infrastructures ou des services communautaires public.

ASACO: La politique est mise en œuvre avec la collaboration des associations de santé communautaire (A.SA.CO), sont chargées de la création de centres de santé communautaire (C.S.Com).

Les A.SA.CO sont engagées envers le gouvernement, par la voie de la convention d'assistance mutuelle, à offrir des services de santé à la population.(8)

C.S.Com: Centre de Santé Communautaire, Les C.S.Com ont été créés par la voie de l'initiative de Bamako pour combler une lacune dans l'administration de la santé publique. Cette initiative a été adoptée par le gouvernement en 1990 dans le cadre de sa « politique

sectorielle » financée par la Banque mondiale. Les populations locales regroupées en associations créent et gèrent les C.S.Com. Ce sont les associations qui recrutent et paient le personnel. Les ressources proviennent de la tarification des activités, de la vente des médicaments essentiels et de subventions.(8)

Plompy Doz: c'est un supplément nutritionnel à base de soja prêt à consommer, correspondant à la définition de "LNS-MQ" (Lipid-based Nutrient Supplement - Medium Quantity).



Image nutriset

Pour les enfants de 6 à 36 mois A partir de l'âge de 6 mois, passée la période d'allaitement exclusif recommandée, les besoins des nourrissons en énergie et en nutriments commencent à dépasser ce qui est apporté par le lait maternel.

Une alimentation de complément de qualité devient alors indispensable pour compenser ce déficit.

C'est durant cette phase de croissance importante que les enfants sont le plus à risque de dénutrition. Dans de nombreux pays en développement, une alimentation de complément adaptée aux besoins nutritionnels spécifiques des nourrissons et jeunes enfants (6-24 mois) est en effet indisponible ou inaccessible. Ce problème est particulièrement marqué lors de périodes à risque comme les périodes de soudure (c'est-à-dire les mois entre l'épuisement des réserves des familles et les prochaines récoltes) dans les zones agricoles.

Pour traiter la malnutrition aiguë modérée et pour la prévention de la malnutrition

Faute de consommer une nourriture suffisamment riche et diversifiée, de nombreux jeunes enfants basculent alors dans la malnutrition, qu'il s'agisse de malnutrition chronique (carences en micronutriments entraînant des retards de croissance) ou de malnutrition aiguë (caractérisée par une insuffisance pondérale).

Dans une logique de prévention dans les pays où la malnutrition aiguë est endémique, Plumpy'Doz a donc été conçu pour pallier les carences du régime alimentaire traditionnel des nourrissons et jeunes enfants (6-36 mois). En leur apportant par une prise quotidienne des micronutriments, mais aussi des protéines de qualité et des acides gras essentiels, Plumpy'DozTM peut contribuer à réduire l'incidence de la malnutrition aiguë dans les régions touchées par une forte insécurité alimentaire.

Ce produit convient particulièrement aux situations d'urgence humanitaire où un grand nombre d'enfants de moins de trois ans sont à risque de malnutrition. Pouvant être administré sans prescription médicale, Plumpy'Doz est particulièrement utilisé dans le cadre de distribution alimentaires générales (blanket feeding) ciblant les jeunes enfants (6-36 mois) non malnutris mais à risque de malnutrition. (*Nutriset*).

SNAC-k: Santé Nutritionnelle à Assise Communautaire à Kayes, Les activités programmées sont la surveillance de la croissance et la détection précoce de la malnutrition chez les enfants, l'alimentation complémentaire des nourrissons et des



femmes enceintes et allaitantes, la prise en charge des malnutris aigus modérés à base communautaire pour les enfants de moins de cinq ans, l'éducation nutritionnelle via les groupements féminins, la diversification de la

production alimentaire et des activités génératrices de revenus, l'alimentation générale (*blanketfeeding*) et rations de protection sous forme de bons alimentaires et les activités de renforcement de capacités (2).

Malnutrition: La malnutrition est définie comme un déséquilibre entre les apports en éléments nutritifs et les besoins de l'organisme. C'est un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments essentiels à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme.

La séquence des événements conduisant à la malnutrition a généralement comme point de départ une réduction de la prise alimentaire.

Celle-ci peut-être dû à une carence en apports en cas de pénurie alimentaire, à une carence en nutriments, à une maladie intestinale, à une malabsorption, à une maladie hépatique, une infection ou néoplasie.

L'apport alimentaire insuffisant (en qualité ou en quantité) entraîne :

- Un amaigrissement qui puise dans les réserves de la masse grasseuse de l'individu puis dans la masse musculaire, entraînant une perte de poids, puis réduction des besoins de nutrition, réduction du métabolisme de base, augmentation de l'eau corporelle, compensant la diminution de la masse grasse.
- Un ralentissement des différentes fonctions vitales
- Un ralentissement de l'activité pompe à sodium

Les groupes les plus à risque de malnutrition sont principalement les jeunes enfants, Les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées, les personnes malades, les prisonniers et les personnes mentalement déficientes.

Alimentation : C'est le mécanisme par lequel les aliments sont introduits dans l'organisme. Elle permet aussi de calmer la faim.

Communauté

Groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent Une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période(9).

Action communautaire pour la santé

L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière(9).

5. METHODOLOGIE

5.1.Cadre d'étude

Au plan géographique, la région de Kayes est la première région administrative du Mali. Elle s'étend sur 120 760 km². Son chef-lieu est la ville de Kayes. La région de Kayes est limitée au sud par la Guinée, à l'est par la région de Koulikoro, au nord par la Mauritanie et à l'ouest par le Sénégal.

Plusieurs fleuves et rivières traversent la région : le Baoulé, le Bafing et le Bakoy qui se rejoignent à Bafoulabé pour former le Sénégal. Dans la région se trouvent les chutes du Félou à 17 km de Kayes, les chutes de Gouina à 82 km sur le fleuve Sénégal au sud-est de Kayes, le lac Magui et le lac de Doro.

Les grandes villes de la région sont Kayes, Nioro du Sahel, Diéma, Yélimané, Bafoulabé, Kéniéba et Kita(10).

La région de Kayes compte environ 2.444.999 habitants en 2015 soit 14% de la population du Mali, constitué de 1.239209 sexe féminin et 1.205790 masculins. 47% de la population de Kayes a moins de 15 ans(11)

La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,5 % entre 1998 et 2009. Le cercle de Kayes a connu la plus forte augmentation de la population (57 %) suivi par ceux de Diéma et Yélimané (respectivement 49 % et 47 %).

Différentes ethnies vivent dans la région : Soninkés, Khassonkés, Malinkés, Maures, Peuls et Bambara(12).

Au plan historique, la région de Kayes est le berceau du Royaume du Khasso fondé au début du XIX^e siècle. Des Peuls ont immigré dans la région et se sont mélangés avec des Malinkés présents sur place, fondant ainsi les Khassonkés, appartenant au groupe des Mandingues et parlant le khassonké.

Le premier roi du Khasso est Séga Doua qui règne de 1681 à 1725, fils de Yamadou Hawa. Il installa la dynastie des Bambéra, à la fois peul et malinké. En 1857, le Khasso fut en proie aux attaques d'El Hadj Oumar Tall.

Le Khasso vivait du commerce du coton, de l'agriculture, de l'élevage. Diverses ethnies peuplaient le Khasso, en particulier les Soninkés, les Peuls, les Malinkés, les Bambaras, quelques nomades maures. Le Khasso était jadis une région très fertile. Il exploitait l'or du Bambouk(13).

Profil humanitaire de Kayes

- Santé :

	C.S.Com	C.S.Ref	M.A.M.
Yélimane	28	1	10518
Nioro	25	1	13586
Diéma	22	1	12500
Kita	42	3	25604
Kéniéba	22	1	11444
Bafoulabé	18	2	7578
Kayes	47	2	7578
Total	221	11	117700

Source : OCHA 2015

Tous les C.S.Ref sont les C.S.Com fonctionnels.

Médecin : 1/26 011 Sage femme : 1/40 082 Infirmier : 1/5 557

- Insécurité alimentaire :

406 237 individus, soit 17% de la population seraient à risque d'insécurité alimentaire (phase 2 à 5) en août 2016. Ce chiffre représente 10% (42 417) de personnes de plus par rapport à la même période en 2015. *Source : Cadre Harmonisé nov 2015*

- Malnutrition

Plus de 117 700, soit 13,3% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'une malnutrition aiguë 10,9% MAM et 2,4% MAS (*SMART 2015*).

5.2. Méthode d'étude

5.2.1. Lieu d'Etude

L'étude a été réalisée dans les districts sanitaires de Diéma, Yélimane, Bafoulabé et Oussoubidiagna de la région de Kayes

Les C.S.Com d'étude par Bras d'intervention

Districts	SNACK simple	Cash	P.Do	P. Doz et CASH
Yelimane	Marena tringa	Tambacara	Lambatra	Dialaka
Diéma	Diangounté camara	Diéma central	Latakaff	Fassoudebe
Bafoulabé	Diokeli	Bafoulabe central	Diakitela	Selinkegny
Ousbidiagna	Madihawaya	Tigana	Oussoubidjagna	Madalaya

5.2.2. Type et Période de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulé du 21 Novembre 2016 à 23 Février 2017 dans les 4 districts sanitaires Diéma, Yélimane, Bafoulabe et Oussoubidiagna.

5.2.3. Population d'étude

L'étude à concerner les populations bénéficiaires du projet SNAC-K.

5.2.4. Population cible

- Cibles primaires : l'ensemble des femmes enceintes et des mères avec des enfants de 0 à 24 mois des zones de projet SNACK,
- Cibles secondaires : Les agents de santé et les membres de l'ASACO des zones de projet SNACK,

5.2.5. Critères d'inclusion et de non inclusion

- Critères d'inclusion :
 - Les femmes enceintes et les mères avec des enfants de 0 à 24 mois utilisant régulièrement les soins de santé maternelle de la zone,
 - Les agents du C.S.Com et les membres de l'A.SA.CO impliqués dans le transfert monétaire.

- Critère de non inclusion :
 - Les mères et les femmes enceintes des zones du projet n'ayant pas été régulières aux consultations,
 - Les mères et les femmes enceintes qui refusent d'être enquêtées,
 - Les agents du C.S.Com. et de l'A.SA.CO n'étant pas sur place au moment de notre passage ou n'ayant pas voulu coopérer.

5.3. Echantillonnage

5.3.1. Technique et taille de l'échantillon

La technique d'échantillonnage aléatoire simple sans remise est utilisée pour le choix des aires sanitaires en fonction des bras d'intervention.

Au niveau de chaque District sanitaire, sont choisis, une (1) aire sanitaire de chaque bras d'intervention soit au total seize (16) aires sanitaires.

Les enquêtes se déroulent dans les lieux des C.S.Com. Les enquêteurs sont au nombre de trois (3), le premier prend la direction de la droite, le deuxième à gauche et le troisième au milieu à partir de l'entrée du village désigné par une personne du milieu.

Nous avons calculé la taille d'échantillon avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur à 5% selon la formule de SWARTZ $n = (z)^2 p (1 - p) / i^2$

$$p = 1/2 (0.5)$$

$$n = \text{taille de l'échantillon } n = (z)^2 / 4i^2$$

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite, pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1.96$

$$n = (1.96)^2 / 4(0.05)^2 = 384.16$$

Donc dans notre étude sont inclus 400 femmes du projet SNAC-K soit environ 25 par aire de santé.

5.3.2. Techniques et outils de collecte des données

La collecte de données se fait par l'administration d'un questionnaire conçu à cet effet (voire en annexe) auprès des mères d'enfants, des agents de santé et les responsables des A.SA.CO. Le focus group permet également de collecter les informations sur l'implication des A.SA.CO dans le transfert monétaire.

5.3.3. Choix des variables

- Variable dépendante : transferts monétaires.
- Variables indépendantes : Caractéristiques sociodémographiques Satisfaction de la communauté, Influence sur les C.S.Com, Profil alimentaire, nombre de consultation, nombre d'enfants traités pour malnutrition.

Les unités statistiques : les femmes, les agents de santé et les membres de l'A.SA.CO dans les zones SNAC-K.

5.4. Plan de traitement et analyse des données

Les données sont analysées en fonction des objectifs spécifiques et les résultats des caractéristiques générales seront présentés sous forme de tableau ou de graphique. Le logiciel Epi Data et SPSS, sont utilisés pour les analyses. Les Tests statistiques sont utilisés pour vérifier la qualité des données recueillies et voir la significativité des résultats. Le risque de première espèce alpha fixé à 5% sera utilisé comme seuil de significativité pour toutes les comparaisons.

5.5. Considérations éthiques

Les enquêteurs vont expliquer clairement que le refus de participer à l'enquête n'entraînera aucune conséquence fâcheuse,

La confidentialité, le consentement sont respectés et le conte rendu est faite pour le commanditeur.

Anonymat est respecté.

6. RESULTATS

6.1. Caractéristiques socio démographiques

Tableau I : répartition des femmes en fonction de l'âge, l'Occupation, le niveau d'instruction et du statut.

	Zone cash	Zone non cash	Total
Age	n=195	n=189	
Maximum	44	47	
Minimum	15	15	
Moyenne	25,32 +/- 6,026	26,8 +/- 6,684	26,06
Occupations	n= 200	n= 200	400
Ménagères	75%	50,5%	62,75%
Jardinière	23%	43,5%	33,25%
Autres	2%	6%	4%
Instruction	n= 200	n= 200	400
Analphabète	61,5%	56,5%	59%
Alphabète	4,5%	6%	5,25%
Fondamentale	33,5%	35%	34,25%
Secondaire	0,5%	2,5%	1,50%
Statut	n= 200	n= 197	397
Enceinte	17%	19,3%	18,35%
Allaitante	81%	79,7%	80,35%
Normal	2%	1%	1,50%

La moyenne d'âge des femmes enquêtées est de 26,06 +/- 6,37 ans

Dans cette répartition, on constate que 33,3% font des maraichages et 1,5% font le commerce, 62,8% ménagère

34,3% ont un niveau d'instruction fondamentale et 60% sont analphabètes

18,1% des femmes enquêtées étaient enceintes et 80,4% allaitantes

Tableau II : répartition des enfants en fonction du sexe et du conjoint en fonction de la profession, du niveau d’instruction,

	Zone cash	Zone non cash	Total
Sexe enfant	n=165	n= 159	324
Masculin	51,5%	50,3%	50,90%
Féminin	48,5%	49,7%	49,1%
Chef de ménage	n= 188	n= 189	377
Conjoint	90,4%	94,2%	92,3%
Mère	2,7%	1,1%	1,9%
Autres	6,9%	4,8%	5,85%
Profession conjoint	n= 198	199	397
Cultivateur	56,5%	47,2%	51,85%
Expatrier	12,4%	15,1%	13,75%
Eleveur	2,1%	3,5%	2,80%
Autres	29%	34,2%	31,60%
Niveau d’instruction des conjoints	n= 200	n= 197	397
Analphabète	61,5%	48,2%	54,85%
Alphabète	4,5%	15,2%	9,85%
Fondamental	33,5%	30,5%	32,00%
Secondaire	0,5%	3,6%	2,05%
Supérieur	00,00%	2,5%	1,25%

Environ 52% sont cultivateur et 14% expatriés

32% des conjoints ont un niveau d’instruction fondamentale, et 54,85% sont analphabètes

Le sexe ratio est de 1,04 en faveur du sexe masculin

92,3% des chefs de ménages sont des conjoints et environ 2 % des femmes.

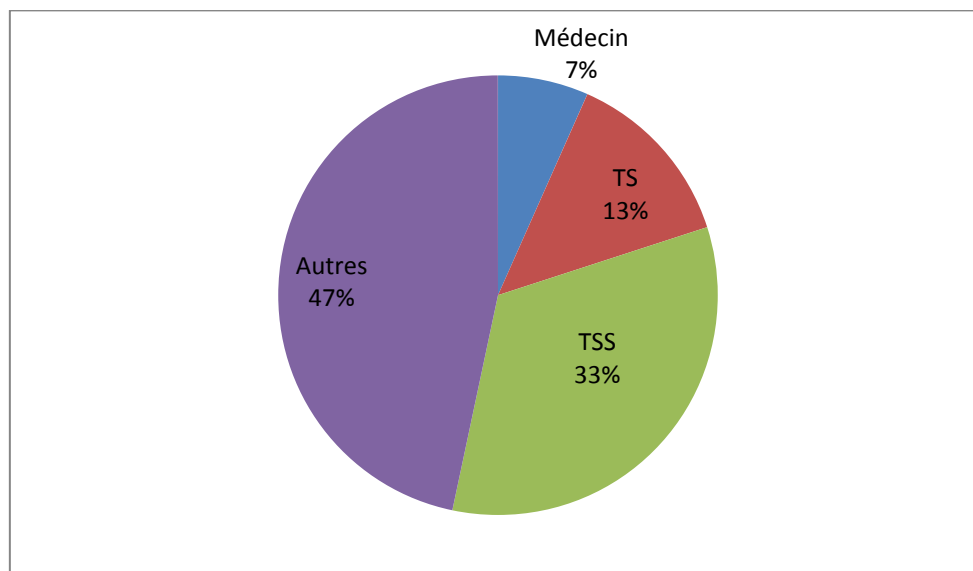
Souvent ce sont les beaux frères ou les belles mères qui ont un pouvoir décisionnel.

Tableau III : Répartition des agents de santé selon le Poste

	Effectifs	Pourcentage
DTC	7	46,7
Chargé nutrition	3	20,1
Matrone	2	13,3
Autres	3	20,1
Total	15	100

Les agents de santé enquêtés étaient à 46,7% DTC et 13,3% matrone

Figure I : Répartition des agents de santé selon le niveau



Les TSS constituent 33,30% des agents

Tableau IV : Répartition des agents selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Masculin	12	80,0	80,0
Féminin	3	20,0	100,0
Total	15	100,0	

80% des agents sont de sexe masculin et 20% féminin

6.2. Satisfaction au transfert monétaire

Tableau V : Taux de femmes en fonction de l'avantage du transfert monétaire

	Effectifs	Pourcentage
Très avantageux	183	93,8
Avantageux	11	5,6
Peu avantageux	1	,5
Total	195	100,0

93,8% des femmes trouvent que le transfert monétaire est très avantageux et 5,6% le trouvent avantageux.

L'interview des agents de santé ainsi qu'aux rencontres des A.SA.CO il ressort que le transfert monétaire est très avantageux.

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des problèmes

	Effectifs
Oui	11
Non	183
Total	194

Environ 2,8% des femmes ont eu des problèmes.

Au différentes l'interview, par rapport au problème au sein du centre, les agents de santé affirment qu'il n'ya eu aucun problème.

Focus groupe Nous n'avons pas été saisis pour un quelconque problème dans la communauté et nous n'avons pas fait le constat.

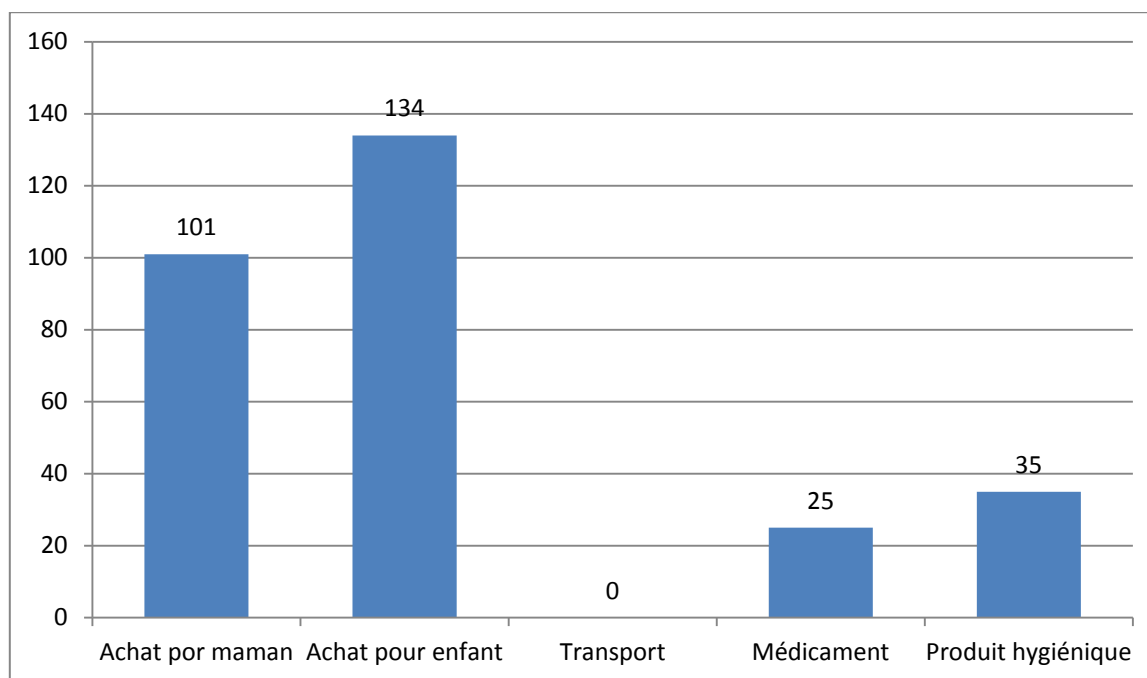
Tableau VII : Répartition des femmes en fonction des problèmes de suivi (consultation) et prises-en charge

	Effectifs	Pourcentage
Oui	22	11,3
Non	172	88,7
Total	194	100,0

11,3% des femmes ont encore des problèmes de suivi ou de consultation.

Pour les agents de santé, les problèmes ont été évoqués ainsi qu'aux focus groupe qui sont très souvent des problèmes d'accessibilités et de communication.

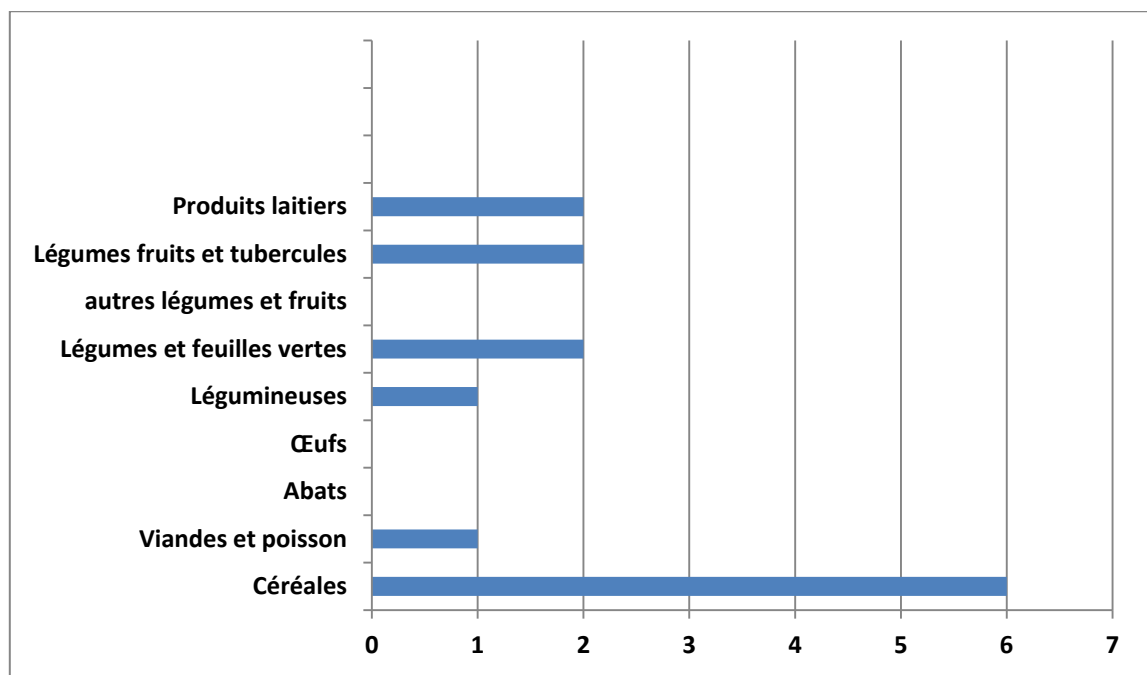
Figure II : Répartition des dépenses de la somme perçue



Dans 50,5% des cas, l'argent est utilisé pour les achats de la mère, 60,00% dans les dépenses de l'enfant, 12,50% dans les frais de l'ordonnance, 17,50% dans les produits hygiéniques.

6.3. Diversité alimentaire

Figure III : Taux de consommation des groupes alimentaires



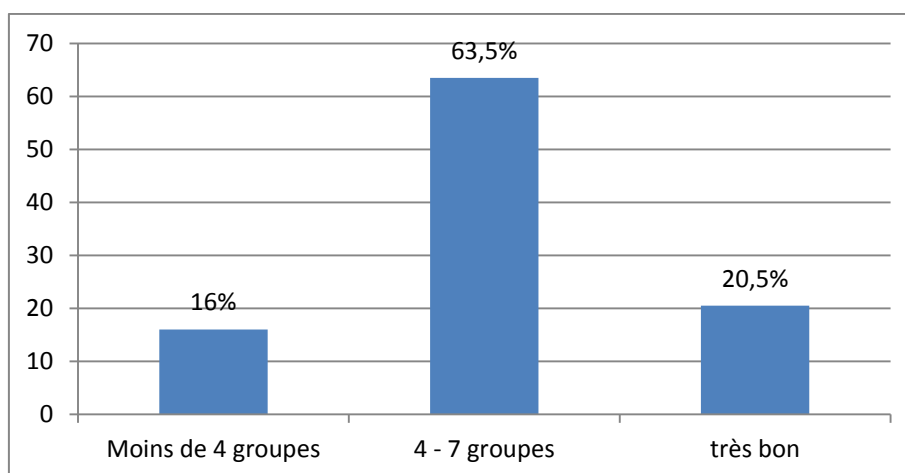
La diversité alimentaire est établie sur les sept (7) derniers jours avant le passage des enquêteurs.

Figure VIII : score de diversité alimentaire

	Poids	Jour	Score
Céréales	2	6	12
Légumineuses	1	1	1
Feuilles vertes	1	2	2
Fruits et tubercules	1	2	2
Viandes et poissons	4	1	4
Lait et produits laitiers	4	2	8
Œufs	0.5	0	0
Abats	0.5	0	0
Autres fruits et légume	1	0	0
Total			29

Le score est de 29, selon la classification, la consommation alimentaire est limitée.

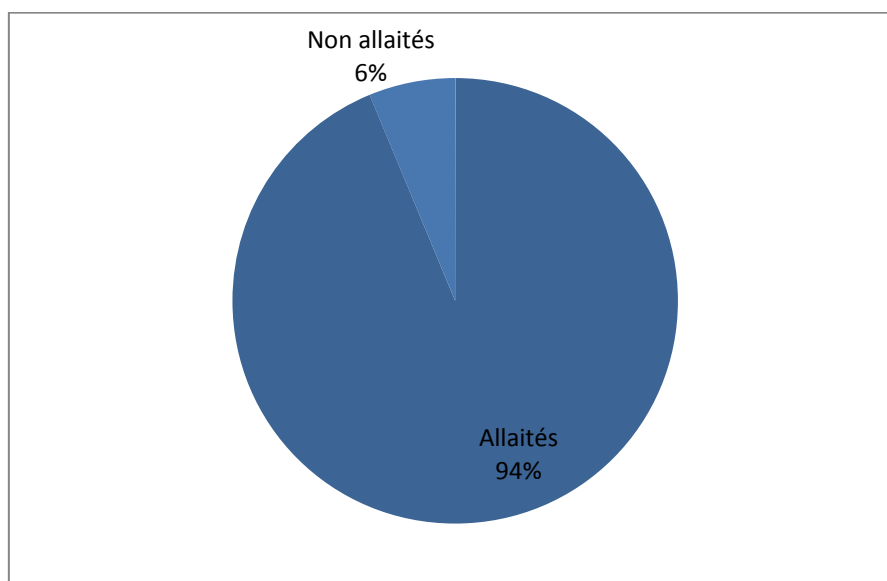
Figure IV : Répartition des femmes par groupe d'aliments



63% des femmes ont une bonne consommation et environ 20% une très bonne consommation.

6.4. Allaitement

Figure V: Taux d'enfant 12 à 24 mois allaité



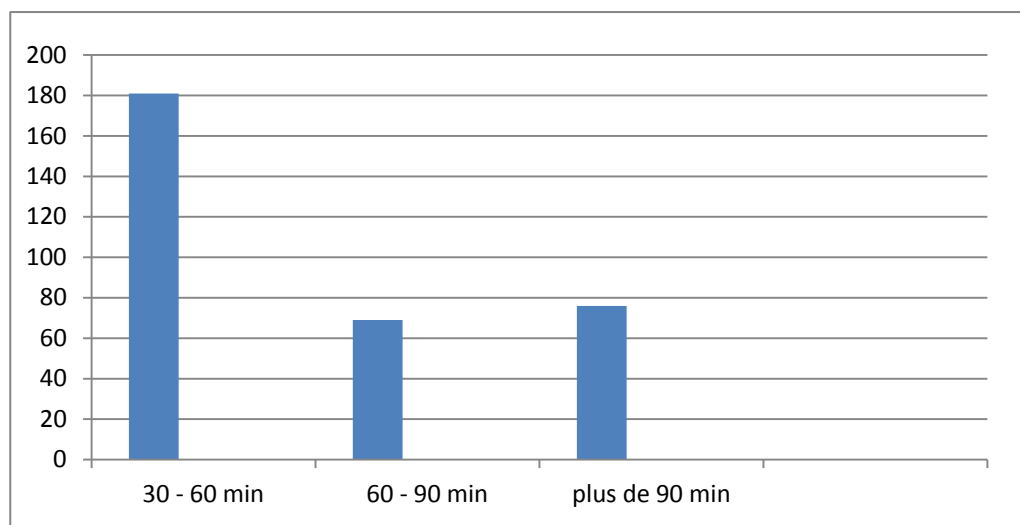
6,3% des enfants de plus de 12 mois ne sont pas allaités

Tableau IX : Taux d'enfant ayant reçu le colostrum

	Effectifs	Pourcentage
Oui	320	97,9
Non	7	2,1
Total	327	100,0

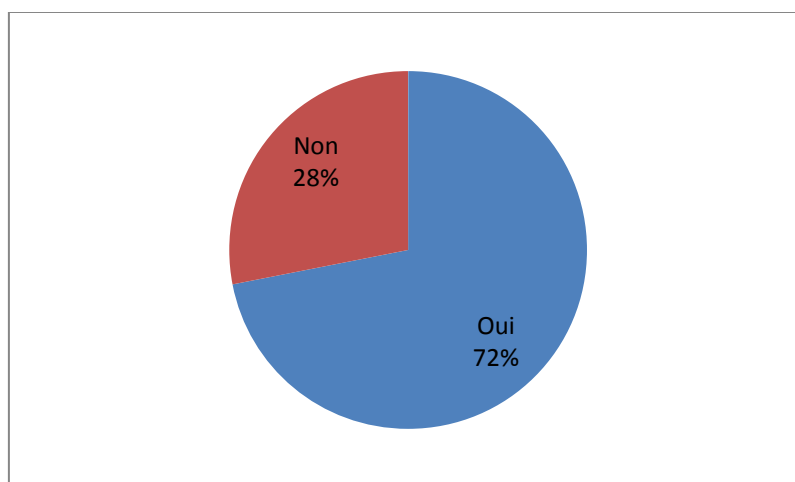
2,1 % des enfants non pas reçu du colostrum

Figure VI: Temps de mise au sein après leur naissance



55,5% femmes allaitantes affirment avoir données le sein 30 min après l'accouchement, 21,2 % 60 min et 23,3 % plus de 90 min

Figure VII : L'enfant a suivi l'allaitement exclusif



91,2 % des femmes affirment avoir suivi l'allaitement exclusif contre 8,8%

6.5.Sante de l'enfant

Tableau X : Taux d'enfant tombé malade

	Effectifs	Pourcentage
Oui	225	71,4
Non	90	28,6
Total	315	100,0

Dans 71,4 % des cas, l'enfant est une fois tombé malade dominé par la fièvre 89,8%, diarrhée 75,4%.

Tableau XII : Répartition des enfants malades en fonction des signes

	Effectifs	Pourcentage
Fièvre (n=196)	176	89
Diarrhée (n=175)	129	75

Dans 71,4% des cas, les enfants sont une fois tombés malade, les signes étaient dominés par la fièvre dans 89,8% des cas et la diarrhée dans 75,4%. Quelques cas de rhinopharyngite et des éruptions cutanées ont également été signalées chez les enfants.

Tableau XIII : Taux d'enfant malade consulté dans un centre de santé

			Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
Oui	86 80,4%	99 81,1%	185 80,8%
Non	21 19,6%	23 18,9%	44 19,2%
Total	107 100,0%	122 100,0%	229 100,0%

80,8% des enfants malades ont eu une consultation dans un centre de santé,

Tableau XIV : Répartition des initiatives de consultation

	Zone Non Cash		Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
Conjoint	62 72,9%	77 79,4%	139 76,4%
Mère	14 16,5%	14 14,4%	28 15,4%
Autres	9 10,6%	6 6,2%	15 8,2%
Total	85 100,0%	97 100,0%	182 100,0%

76,4 % des cas initiés par le conjoint

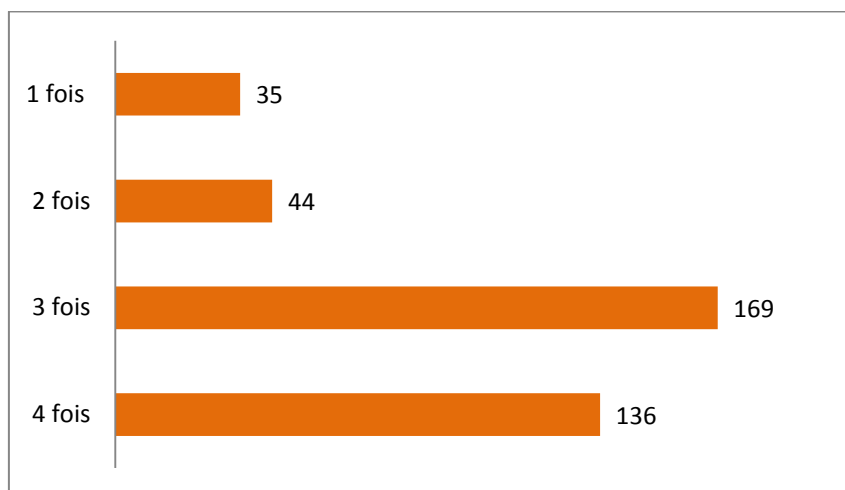
6.6. Consultation prénatale

Tableau XV : Taux de la CPN

	Zone Non Cash		Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
Oui	194 99,5%	197 99,0%	391 99,2%
Non	1 0,5%	2 1,0%	3 0,8%
Total	195 100,0%	199 100,0%	394 100,0%

99,2% des femmes ont répondu avoir effectuée la CPN, 3 femmes ont répondu ne pas effectuer la CPN volontairement, $P > 0,05$

Figure VIII : Nombre de CPN chez les femmes avec des enfants



44% ont eu 3 CPN et 25% 4 CPN

Tableau XVI : Répartition des CPN par fréquence et par bras d'intervention

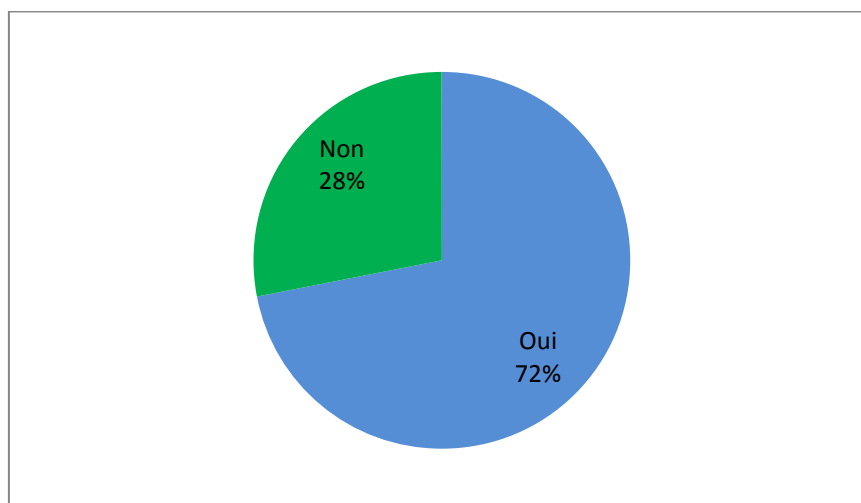
	Zone cash	Zone non cash	Total
Moins de 3 CPN	9	23	32
3 CPN	77 (54,26%)	75 (43,44%)	162
Plus de 3 CPN	71(33,53%)	54(48, 27%)	125
Total	157	152	311

Dans les bras non cash, 43,44% des femmes allaitantes ont suivi 3 CPN et 48, 27% 4 CPN et dans le bras cash, 54,26% ont suivi 3 CPN et 33,53% 4 CPN

$p = 0,06$ la différence n'est pas significative

6.6. Connaissance des femmes sur l'alimentation des enfants

Figure IX : Taux des femmes sur la connaissance



Les femmes dans 71,9 % affirment avoir eu des connaissances sur l'importance du colostrum

Tableau XVII: Taux des femmes qui connaissent l'importance du colostrum

	Zone		Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
Oui	132 66,0%	155 77,9%	287 71,9%
Non	68 34,0%	44 22,1%	112 28,1%
Total	200 100,0%	199 100,0%	399 100,0%

Dans les zones de volet cash, 82% des femmes ont connaissance de la richesse et de l'importance du colostrum chez les nouveaux nés contre 61,% dans les zones non cash.

$p < 0,05$, la différence est significative.

Figure XVIII : Connaissance des femmes sur l'âge de diversité alimentaire

	Zone		Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
Pas Normal	73 36,7%	46 23,0%	119 29,8%
Normal	126 63,3%	154 77,0%	280 70,2%
Total	199 100,0%	200 100,0%	399 100,0%

70,2% des femmes répondent à 6 mois l'âge de diversification alimentaire, encore 29,8% ne le connaissent pas encore. P= 0.03

Tableau XIX : Connaissance des femmes des femmes sur l'âge d'arrêt de l'allaitement par bras

	Zone		Total
	Zone Non Cash	Zone Cash	
pas normal	65 32,7%	46 23,1%	111 27,9%
Normal	134 67,3%	153 76,9%	287 72,1%
Total	199 100,0%	199 100,0%	398 100,0%

L'âge de l'arrêt de l'allaitement à été correctement répondu par 71,75% des femmes contre 28,25% qui non pas encore connaissance.

Il n'y a pas une différence significative entre les bras de la connaissance des femmes sur l'arrêt de l'allaitement p= 0,034.

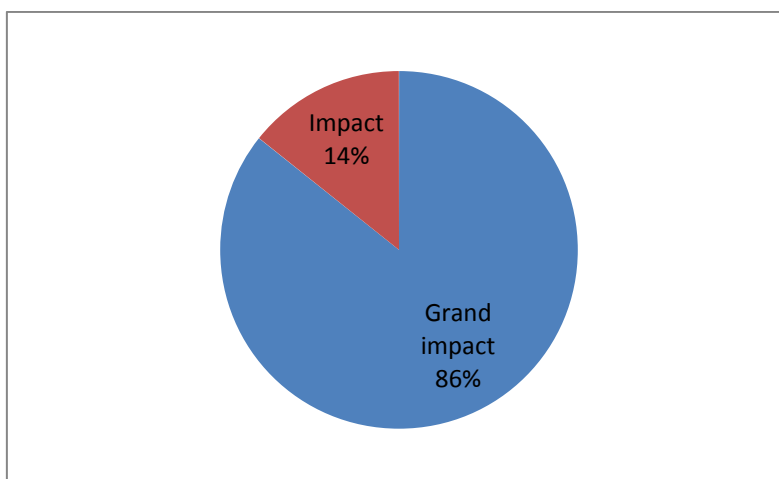
Tableau XX : Connaissance des femmes sur la Pratique de sevrage brutal

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Oui	21	5,3	5,3
Non	374	94,7	100,0
Total	395	100,0	

5,3 % des femmes trouvent qu’il est bien de pratiquer un sevrage brutal. Dans la zone des Kassonkés dans le district de Oussoubidiagna et certains de Bafoulabé, ces des potions qui sont utilisées pour aider l’enfant à supporter le sevrage.

6.9. Conséquences des transferts monétaires sur les C.S.Com

Figure X : Impact sur le Centre



6/1 des agents de santé répondent que le transfert monétaire a eu un grand impact sur le Centre, à Madalaya, il ya eu un impact.

Tableau XXI: Moyen des centres pour répondre à l’affluence

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Bon	4	57,1	57,1
Assez	3	42,9	100,0
Total	7	100,0	

3 agents de santé sur 4 trouvent que leur centre avait peu de moyen pour répondre à l'affluence de même dans les focus groups.

Tableau XXII: Motivation au volet cash

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Très motivé	6	85,7	85,7
Motivé	1	14,3	100,0
Total	7	100,0	

Focus groups : les membres des A.SA.CO étaient très motivés, demande d'inclure les femmes d'autres aires qui étaient régulières avant l'arrivée du volet cash.

6.10. Rôle des A.SA.CO dans le projet

La sensibilisation de la communauté et la mobilisation communautaire en faveur du projet est le plus grand rôle.

- L'organisation, paiement de l'agent payeur et des démonstrations culinaires,
- Contrôler les animateurs,
- Les interventions,
- Les matériels logistiques,
- Appuis des relais.

6.11. Les ressources du centre

Les agents de santé ainsi qu'au cours des focus groups, tous affirment une augmentation des ressources du centre.

Les ristournes : sont utilisées pour construire les magasins de stock des intrants, des bancs pour l'accueil, l'organisation des stratégies avancées, complément des salaires des personnels, l'entretien de la cours du centre, payer les cotisations du district.

6.12. Les stratégies de pérennisation des acquits

- Sensibilisation par l'ASACO, les relais communautaires, les autorités villageoises et les associations villageoises, CFU intervient dans les mobilisations
- Recherches actives par les relais
- Les radio rurales sont utilisées à Tambacara dans le district de Yelimane et à Bafoulabé Central dans le district de Bafoulabé,
- Association féminine Dioulaton à Bafoubé Central

Stratégie de pérennisation de la grande fréquentation des centres pour les agents de santé, il faut une participation communautaire dans les IEC/CCC, le renforcement du personnel et des moyens logistiques (doter les animateurs des moyens de déplacement et de communication tel que la télévision) et des animations en dehors des heures de travail, la formation des agents de santé communautaire, motivation des relais.

7. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

7.1. Les limites de l'étude

Les informations sont recueillies sur copies durs en entretien individuel et en focus groups. Certaines réponses nécessitaient un rappel surtout sur les groupes d'aliments consommés à la veille de l'enquête, les temps de mise au sein de l'enfant à la naissance ainsi que la pratique de l'allaitement exclusif.

7.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes de notre étude était de 25,8 ans. Nos résultats sont semblables à ceux du rapport de l'étude intermédiaire du projet à Kayes en 2015 qui est de 29 ans. (14) 33,3% des femmes font des maraichages et 1,5% font le commerce, contre 26% actives occupées, 62,8% ménagère contre 70% avec 34,3%. Les femmes analphabètes ont constituées 60% des cas ; ce résultat est inférieur à celui de Moussa Modibo Traoré à Gourma Rharous en 2011 qui est de 75%. (15)

Environ 52% des conjoints sont cultivateur et 14% expatriés.

31,1% ont un niveau d'instruction fondamentale et 49,4% sont analphabètes. Ce résultat est au dessus de celui de l'étude intermédiaire du projet qui est de 75%.

En fonction des postes, Les DTC étaient constitués de 46,7% des agents de santé enquêtés et 13,3% étaient des matrones avec comme niveau Les TSS à 33,30%. 80% des agents étaient de sexe masculin et 20% féminin.

Notre étude a montré à montrer que les femmes enceintes constituent 18,1% et 80,4% étaient des femmes avec des enfants de moins de 24 mois.

La moyenne d'âge de la grossesse était de 25,42 semaines avec un écart type de 10,79 semaines.

Le sexe ratio chez les enfants était de 1,04 en faveur du sexe masculin.

Les chefs de ménages sont des conjoints dans 92,3% contre (à 82%), et des femmes dans 2%. Ce sont Souvent les beaux frères ou les belles mères qui ont un pouvoir décisionnel en dehors du conjoint.

7.3.Satisfaction au transfert monétaire

Le cash est avantageux chez 93,8% des femmes et peu avantageux chez 5,6%.

Les raisons pour celles qui ont répondu peu avantageux sont l'existence des cas non recruté pour le cash, absence d'argent au moment de la consultation et non remboursé, celle qui vient pour continuer leur CPN.

Une mère allaitante à Dialaka dans le district sanitaire de Yélimane ‘ ‘ j'ai commencé ma CPN à Bamako, arrivée ici, on me dit que je n'ai pas droit au Cash’’

Les femmes trouvent comme avantage dans la majorité des cas du transfert monétaire *une aide aux dépenses des ménages, et d'autres trouvent comme avantage l'amélioration de la santé de la famille, encouragement à la fréquentation du centre afin de bénéficier les informations sur la santé de la mère et de l'enfant. La prévention la malnutrition à également été signalée par certaines femmes.*

Les agents de santé trouvent avantageux le transfert monétaire, comme avantages, *une grande fréquentation du centre, une réduction de la malnutrition, paiement des médicaments, une diminution de la complication des grossesses, appuis des activités des indicateurs, soutien familial, gérance des urgences, amélioration de la santé des femmes, diminution des retards dans les CPN.*

Focus groupe

Les différentes communautés trouvent avantageux le transfert monétaire car *les femmes ont une volonté de se faire consulté, augmente la fréquentation du centre surtout les nomades dans l'aire de Yelimane, les ménages auront une santé améliorée, contribue aux dépenses du ménage, réduit la malnutrition.*

Environ 2,8% des femmes ont évoquées avoir eu des problèmes pour cause *le conjoint demande de gérer la somme perçu, pour d'autres le conjoint ne s'occupe plus du déplacement et des médicaments prescrit* car pourront être réglées avec le cash

A Madalaya dans le district sanitaire de Oussoubidiagna une femme dit ‘ ‘ *quand on m'a donné l'argent on m'a dit que c'est pour mes besoins et ceux de mon enfant, mon mari n'a pas compris car c'est lui qui s'occupe de tout ce qui concerne des dépenses par conséquent la somme doit revenir*’’

Agents de santé n'ont évoqués aucuns problèmes au sein du centre

Focus groupe les autorités locales n'ont été saisi pour un quelconque problème dans et la communauté n'a pas fait de constat.

Les problèmes de consultation

Quelques femmes trouvent que l'accessibilité au volet cash est difficile car il ya un recrutement à faire qui exige des conditions que tout le monde ne respecte pas, d'autres problèmes ont été signalés comme entre autres une affluence au guichet (Diéma central), A Dialaka dans le district sanitaire de Yélimane une femmes a dit ceci *''je n'ai pas perçu de l'argent de la vaccination''*, une autre *'' j'ai eu 5.000 f en trois CPN, souvent l'argent n'est pas disponible et on n'est pas remboursé après''*, et une autre *''j'ai des jumelles et je ne perçois que pour une seule.*

Pour les agents de santé, il s'agit dans l'aire de santé de Tambacara dans le district de Yelimane , de la distance, les barrières linguistiques, dans l'aire de Madalaya dans le district sanitaire de Oussoubidiagna, les stratégies avancées sont obligatoire car le village le plus proche est à 24 km et celui de plus loin à 36 km du centre, Tiguana dans le même district, c'est des périodes d'accessibilités difficile et des villages de l'aire plus proche d'autres Centres.

Focus group : il ya eu des problèmes de communications à Dialaka dans le district sanitaire de Yelimane ; à Tambacara dans le même district c'est un problème de négligence des ménages ; à Bafoulabé Central dans le district sanitaire de Bafoulabé, la plus part des villages de l'aire se trouve derrière le fleuve et la population sollicite plus le centre de référence que le Centre ; Sélinkégny, il existe toujours un problème d'accessibilité ; à Tiguana dans le district sanitaire de Oussoubidiagna, les décisions de consultation viennent des maris qui constituent souvent un obstacle.

Dépense de la somme

La somme perçu est utilisée pour les dépenses de l'enfant dans 60,00% des cas, les achats de la mère dans 50,5% des cas, 12,50% dans les frais de l'ordonnance et 17,50% dans les produits hygiéniques.

7.4.Diversité alimentaire

Le score de consommation était de 29 dans notre étude, la consommation est limitée selon la classification.

Dans notre étude, 16% avaient une consommation faible (moins de 4 groupes d'aliment), 63,5% avaient une moyenne consommation (entre 4 – 7 groupes) et 20,5% une bonne consommation (plus de 7 groupes).

7.5. Pratique de l'allaitement

Les mères avec des enfants de 12 à 24 mois sont au nombre de 207, 93,7% sont toujours au sein contre 80% et 6,3% ne le sont pas.

Les mères enquêtées affirment dans 97,9% des cas avoir données du colostrum à l'enfant contre 72% et 2,1 % n'en ont pas reçu.

55,5% femmes allaitantes affirment avoir données le sein entre 30 à 60 min après l'accouchement, 21,2 % dans l'intervalle de 60 - 90 min et 23,3 % plus de 90 min.

91,2 % des enfants ont suivi l'allaitement exclusif et 8,8% ont été dans l'allaitement mixte avant l'âge de 6 mois.

7.6.Santé de l'enfant

71,4 % des enfants étaient une fois tombés malades dans notre étude. Ce taux est largement supérieur à celui de l'étude de Moussa Modibo Traoré à Gourma Rharous en 2011 qui est de 40,8%.(16)

Dans 71,4% des cas, les enfants sont une fois tombés malades, les signes étaient dominés par la fièvre dans 89,8% des cas et la diarrhée dans 75,4% contre 60% fièvre et diarrhée associée. Quelques cas de rhinopharyngite et des éruptions cutanées ont également été signalés chez les enfants.

Dans notre étude, 80,8% des enfants malades ont eu une consultation dans un centre de santé. Ce taux est supérieur à celui de Moussa Modibo Traoré à Gourma Rharous qui est de 28,4%.

7.7.Suivi prénatal

Près de 99,2% chez les mères interrogées déclarent avoir effectué au moins une CPN contre 83%, 3 femmes ont répondu ne pas effectuer la CPN volontairement.

Le taux de femmes ayant fait 3 CPN est de 44% et pour 4 CPN 25%

Dans les zones non cash, 43,44% des femmes allaitantes affirment avoir suivi 3 CPN et 48,27% 4 CPN et dans la zone cash, 54,26% ont suivi 3 CPN et 33,53% 4 CPN.

$p = 0,06$ la différence n'est pas significative.

7.8. Connaissance des femmes sur l'alimentation des enfants

Dans notre étude 71,9 % des femmes affirmaient avoir eu des connaissances l'importance du colostrum. ce taux est comparable à celui du rapport de l'étude intermédiaire du projet à Kayes en 2015 qui est de 82% et à celui l'Action pour le Développement à Manjo au Cameroun en 2004 qui est de 88,1%. Dans les zones de volet cash, 82% des femmes ont connaissance de la richesse et de l'importance du colostrum chez les nouveaux nés contre 61,% dans les zones non cash.

$p < 0,05$, la différence est significative

70,2% des femmes répondent à 6 mois l'âge de diversification alimentaire, encore 29,8% ne le savent pas.

L'âge de l'arrêt de l'allaitement à été correctement répondu par 71,75% des femmes et 28,25% non pas encore connaissance.

Cette question est correctement répondue avec 75% des femmes dans la zone cash contre 68,5% dans la zone non cash.

Il n'ya pas une différence significative entre les bras de la connaissance des femmes sur l'arrêt de l'allaitement $p = 0,18$.

5,3 % des femmes trouvent qu'il est bien de pratiquer un sevrage brutal. Dans la zone des Kassonkés dans le district de Oussoubidiagna et certains de Bafoulabé, ces des potions qui sont utilisées pour aider l'enfant à supporter le sevrage brutale.

7.9. Influence sur les C.S.Com

Des agents (6/1) de santé ont répondu que le transfert monétaire a eu un grand impact sur leur Centre de santé, à Madalaya, il ya eu peu d'impact. ils affirment que les rendez vous sont respectés, l'intérêt de fréquenter le centre est compris par la communauté et les indicateurs sont rehaussés.

Le Centre de santé de Tamabcara, dans le district sanitaire de Yelimane à été désigné comme un des meilleurs CSCOM de la région de Kayes par l'USAID pour l'amélioration des indicateurs, l'engagement des personnels et l'organisation des ASACO, attesté par un document de reconnaissance. Le DTC lie cette amélioration aux activités du volet cash (voire annexe).

La communauté trouve que le transfert a eu un grand impact sur le fonctionnement des centres qui sont entre autre l'amélioration des conditions de travail, aide dans les activités de lutte contre la malnutrition.

Certains agents de santé (3/4) trouvent que leurs centres avaient peu de moyen pour répondre à l'affluence de même dans les focus groups.

Les agents de santé étaient très motivés dans 85,7% des cas. Celui qui était peu motivé évoque la non implication des agents de santé (les rapports non présentés, les sommes distribuées ne sont pas connus).

A Diéma, le guichet était insuffisant et dépassé par l'affluence.

Focus groups la communauté était très motivé, demande d'inclure les femmes d'autres aires qui fréquentaient le centre avant l'arrivée du volet cash.

7.10. Rôle des A.SA.CO dans le projet

Les A.SA.CO ont jouées des rôles dans la sensibilisation et la mobilisation communautaire en faveur des activités du projet.

Elles organisaient le C.S.Com et les membres de l'association afin de réaliser le paiement de l'agent payeur et des démonstrations culinaires.

Les A.SA.CO avaient aussi comme rôle de Contrôler les animateurs, des interventions, Les matériels logistiques, d'appuyer des relais.

7.11. Augmentation des ressources du centre

L'entretien avec les agents de santé ainsi qu'au cours des différents focus groups, il ressort que les centres ont eu une augmentation des ressources.

Les ristournes perçus par les A.SA.CO sont utilisées par certaines pour construire les magasins de stock des intrants, des bancs pour l'accueil, l'organisation des stratégies avancées, complément des salaires des personnels, l'entretien de la cours du centre, payer les cotisations du district etc.

7.12. Les stratégies de pérennisation des acquits du volet cash

Les stratégies préconisées par les A.SA.CO pour pérenniser les acquits du cash ont été les sensibilisations par les A.SA.CO, les relais communautaires, les autorités villageoises et les associations villageoises, CFU intervient dans les mobilisations, Recherches actives par les

relais, Les radio rurales sont utilisées à Tambacara dans le district de Yelimane et à Bafoulabé Central dans le district de Bafoulabé et Association féminine Dioulaton à Bafoubé Central.

Les agents de santé trouvent comme Stratégie de pérennisation une participation communautaire dans les IEC/CCC, le renforcement du personnel et des moyens logistiques (doter les animateurs des moyens de déplacement et de communication tel que la télévision) et des animations en dehors des heures de travail, la formation des agents de santé communautaire, motivation des relais.

8. CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

8.1. Conclusion

Cette étude avait permis de montrer que le projet à eu une influence positive sur les activités de santé communautaire à Kayes. Les femmes étaient satisfaites, les agents de santé et les membres de l'ASACO étaient motivés, les ressources des caisses étaient augmentées et les centres ont été réhabilités.

Il ressort que des agents de santé, les membres de l'ASACO ainsi que les animateurs n'étaient pas au même niveau de compréhension. La communication avec la communauté doit être étendue dans les villages et surtout les lieux de rencontre de la population.

8.2. Recommandations

- Ajuster le mode de transfert à 4 CPN au lieu de trois ;
- Améliorer la tenu du registre ;
- Etendre l'expérience aux femmes d'autres aires ;
- Doter les animateurs des matériels de communication (télévision, radio) et du moyen de déplacement;
- La mise en place d'une caisse mutuelle au sein du centre de santé pour l'empowerment ;
- Partager les informations sur le cash avec le DTC et les médecins chefs ;
- Concevoir des stratégies de communication participative et organiser des séances d'information et d'échange avec les partenaires, les bénéficiaires et tous les acteurs impliqués directement ou indirectement dans le projet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Belemvire A. Document de recherche sur les programmes de transfert monétaire en Mauritanie. 2014.
2. Programme Alimentaire Mondial. SNACK, Projet nutrition. 2010.
3. Direction Nationale de la Santé / cellule du système d'information sanitaire. Annuaire statistique du système local d'information sanitaire. 2011.
4. Damon J, Cusset P-Y, Lemoine S, Viossat L-C. Les politiques sociales au défi de l'innovation. Futuribles International; 2009.
5. Les modèles de coordination des transferts monétaires en Afrique de l'Ouest: MALI et MAURITANIE. Cash Learning Partnership; 2016.
6. Horke P. Santé Médecine: Nutrition.
7. Coalition humanitaire. Programme de transfert monétaire.
8. Girard JP, Bussièrè G, Cathérine L. Les coopératives de santé dans le monde. Carole Hébert; 2007.
9. Sangho H, Fomba S, Sangho O. Définition des concepts en promotion de santé. 2015.
10. Ministère de l'Environnement, Direction nationale de la conservation de la nature., Rapport annuel d'activités 2007. 2008.
11. Profil humanitaire de la région de Kayes. OCHA; 2015.
12. Résultats provisoires du Recensement général de la population et de l'habitat 2009.
13. Gravrand H. La Civilisation Sereer. Les Nouvelles Editions Africaines du Sénégal. Vol. vol 2. Sénégal; 1990.
14. Ministère de la Santé. Rapport préliminaire de l'enquête par grappes à indicateurs multiples et de dépenses de ménages du Mali (MICS/ELIM) 2009 - 2010. 2010.
15. Evaluation of the use of different transfert modalities in Echo Humanitarian Aid Actions 2011 - 2014. Analysis for Economic Décision; 2016.
16. Traoré MM. Connaissance, attitudes et pratique des mères en matière d'alimentation, nutrition et hygiène des enfants de 6 à 59 mois dans le cercle de Gourma Rharous. [Bamako]: Bamako; 2012.

ANNEXES I : FICHES D'ENQUETES

1. GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DES FEMMES

Numéro de la fiche : /___/ Date:

District sanitaire :

Aire de santé :

Bras d'intervention :

I- Caractéristiques sociodémographiques

- Prénoms et nom :
- âge : /___/ ans
- Profession :
- niveau d'instruction : /___/ 1:Analphabète, 2 : Alphabète, 3 : Ecole coranique 4: Niveau fondamental, 5: Niveau Secondaire, 6: Niveau Supérieur
- Age du conjoint : /___/ ans
- Profession du conjoint :
- niveau d'instruction du conjoint : /___/ 1:Analphabète, 2 : Alphabète, 3 : Ecole coranique 4: Niveau fondamental, 5: Niveau Secondaire, 6: Niveau Supérieur
- statut de la femme : enceinte /___/ allaitante /___/
- si enceinte quel est l'âge de la grossesse : /___/ semaines
- Age de l'enfant : /___/ mois
- Sexe de l'enfant : /___/
- Chef de ménage : Mari /___/ mère de l'enfant /___/

II- Satisfaction des femmes

- Le transfert monétaire est-il avantageux?
Non avantageux /___/ Moins avantageux /___/
Peu avantageux /___/ Très avantageux /___/
- Quels avantages avez-vous tirés du transfert monétaire ?
.....
- Ya t ils des problèmes que le transfert monétaire à engendrer dans votre famille ?
Oui : /___/ Non : /___/

- Si oui le ou lesquels?

.....

- Avez-vous encore des problèmes pour un suivi (consultation) et prise en charge ?

Oui : /___/ Non : /___/

- Si Oui, le ou lesquels

.....

- Que faites-vous de la somme perçu ?
- Achat de produits alimentaires pour l'enfant,
- Achat de produits alimentaires pour la mère,
- Frais de transport au centre de santé,
- Achat de médicaments au niveau du CSCOM,
- Achats de produits hygiéniques (savon, ...)
- Autres :

III- Profil alimentaire

- Diversité alimentaire des mères

Un score de diversité alimentaire (SDA9) a été construit à partir d'une liste de 9 groupes alimentaires proposés par la FAO1 : (1) Céréales, racines et tubercules ; (2) Viandes et poissons ; (3) Abats ; (4) Œufs ; (5) Légumineuses ; (6) Légumes feuilles vert foncé ; (7) Légumes, fruits et tubercules riches en vitamine A, huile de palme rouge ; (8) Autres légumes et fruits ; (9) Produits laitiers

Groupe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Score										

- Enfant 12 à 24 mois est toujours allaité Oui : /___/ Non : /___/
- L'enfant a-t-il reçu le colostrum. Oui : /___/ Non : /___/
- Temps de mise au sein après leur naissance : 30 mn /___/ 60 mn /___/ 90 mn /___/
- L'enfant a suivi l'allaitement exclusif : Oui : /___/ Non : /___/
- diversité alimentaire de l'enfant de 6 à 24 mois : (SDA7) à partir d'une liste de 7 groupes alimentaires : (1) Céréales, racines et tubercules ; (2) Légumineuses ; (3) Produits laitiers ; (4) Viandes, poissons et abats ; (5) Œufs ; (6) Légumes feuilles vert foncé, légumes, fruits et tubercules riches en vitamine A, huile de palme rouge ; (7) Autres légumes et fruits.

Groupe	1	2	3	4	5	6	7	Total
Score								

IV- Santé de l'enfant

- L'enfant est une fois tombé malade : Oui : /___/ Non : /___/
- Si oui, de quelle maladie : de fièvre /___/ diarrhées /___/ autres /___/
- A – t – il eu une consultation dans un centre de santé : Oui : /___/ Non : /___/
- La consultation a été initiée par qui :

V- Suivi prénatal

- Avez-vous fait la CPN : Oui : /___/ Non : /___/
- Si oui, combien de fois /___/ fois
- Si non quelles raisons : manque de moyens /___/ éloignement /___/
- Autres

VI- Connaissances des mères sur l'allaitement

- Savez-vous que le colostrum est très riche en nutriments et important pour le nouveau-né : Oui : /___/ Non : /___/
- Avez-vous donnez du colostrum au nouveau-né : Oui : /___/ Non : /___/
- L'âge moyen de diversification alimentaire : /___/ mois
- Quel est l'âge d'arrêt de l'allaitement : /___/ mois
- Doit- on pratiquer un sevrage brutal ? : Oui : /___/ Non : /___/

1. GUIDE D'ENTRETIEN Agents de santé

Numéro de la fiche : /___/ Date:

District sanitaire :

Aire de santé :

Population de l'aire :

Bras d'intervention :

I- Identification de l'enquêté

1- Prénoms et nom :

2- Niveau de l'agent :

3- Sexe : Masculin /___/ Féminin /___/

II- Satisfaction du centre de santé par le cash.

4- Le transfert monétaire est-il avantageux?

Non avantageux /___/ Moins avantageux /___/

Peu avantageux /___/ Très avantageux /___/

5- Quels avantages avez-vous tirés du transfert monétaire ?

.....

6- Y a-t-il des problèmes que le transfert monétaire à engendrer au niveau du centre ?

Oui : /___/ Non : /___/

7- Si oui le ou lesquels?

.....

8- Avez-vous encore des problèmes pour atteindre vos cibles en termes de consultations?

Oui : /___/ Non : /___/

9- Si Oui, le ou lesquels

.....

III- Influence sur les C.S.Com

11- Le transfert monétaire a-t-il eu un impact sur le fonctionnement du C.S.Com. ?

Moins d'impact /___/ Peu d'impact /___/ Grand impact /___/

.....

12- Le CSCOM avait-il les moyens (matériels et humains) pour répondre à affluence ?

Peu de moyens /___/ Assez de moyens /___/ Bons moyens /___/

13- Êtes-vous motivés pour ce projet ?

Peu motivé / ___/ Assez motivé / ___/ Très motivé / ___/

14- Est-ce que les ressources du centre ont augmentés ? Oui / ___/ Non / ___/

15- Qu'est ce qui permet de pérenniser la grande fréquentation du CSCOM?

- Participation communautaire dans les IEC/ CCC:
- Renforcement du personnel du CSCOM :
- Renforcement des moyens logistiques du CSCOM :
- Formation des agents de santé/communautaires :
- Motivation des relais :
- Autres :

16- Quel est le nombre de femme suivi pour CPN

	2013	2014	2015	2016
Nombre				

11- Quel est le nombre d'accouchement assisté

	2013	2014	2015	2016
Nombre				

12- Quel est le nombre de consultation d'enfant sain(SES)

	2013	2014	2015	2016
Nombre				

13- Quel est le nombre d'enfant vacciné

	2013	2014	2015	2016
Nombre				

14- Quel est le nombre d'enfant traité pour malnutrition

	2013	2014	2015	2016	Total
M.A.S.					
M.A.M.					
Total					

2. GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP

Numéro de la fiche : /___/ Date:

District sanitaire :

Aire de santé :

Bras d'intervention :

Nombre de participants :

I- Satisfaction de la communauté

1- Le transfert monétaire est-il avantageux?

Non avantageux /___/ Moins avantageux /___/

Peu avantageux /___/ Très avantageux /___/

2- Quels avantages avez-vous tirés du transfert monétaire ?

.....

3- Ya t ils des problèmes que le transfert monétaire à engendrer dans les familles, le village ?

Oui : /___/ Non : /___/

4- Si oui le ou lesquels?

.....

5- Avez-vous encore des problèmes pour un suivi (consultation) et prise en charge ?

Oui : /___/ Non : /___/

6- Si Oui, le ou lesquels

.....

II- Influences pour les C.S.Com

7- Le transfert monétaire a-t-il eu un impact sur le fonctionnement du C.S.Com. ?

Moins d'impact /___/ Peu d'impact /___/ Grand impact /___/

.....

8- Le CSCCom avait-il les moyens (matériels et humains) pour répondre à affluence ?

Peu de moyens /___/ Assez de moyens /___/ Bons moyens /___/

9- Quel rôle jouez-vous dans le projet SNACK?

.....

10- Êtes-vous motivés pour ce projet ?

Peu motivé /___/ Assez motivé /___/ Très motivé /___/

11- Est-ce que les ressources du centre ont augmentées ? Oui /____/ Non /____/

12- Que faites-vous des ressources (ristournes) ?

.....

13- A travers vos constats, que reprenez-vous comme influence du volet cash dans vos ménages/ village :

.....
.....
.....
.....

14- Quelles sont les stratégies/moyens de pérennisation des acquis du volet transfert monétaire du projet SNACK:

.....
.....
.....
.....

ANNEXE II : TABLEAUX DE REPARTITION

Tableau I : répartition des femmes en fonction de l'âge, l'Occupation, le niveau d'instruction et du statut.

Tableau II : répartition des enfants en fonction du sexe et du conjoint en fonction de la profession, du niveau d'instruction,

Tableau III : Répartition des agents de santé selon le Poste

Tableau IV : Répartition des agents selon le sexe

Tableau V : Taux de femmes en fonction de l'avantage du transfert monétaire

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des problèmes

Tableau VII : Répartition des femmes en fonction des problèmes de suivi (consultation) et prises-en charge

Figure VIII : score de diversité alimentaire

Tableau IX : Taux d'enfant ayant reçu le colostrum

Tableau X : Taux d'enfant tombé malade

Tableau XII : Répartition des enfants malades en fonction des signes

Tableau XIII : Taux d'enfant malade consulté dans un centre de santé

Tableau XIV : Répartition des initiatives de consultation

Tableau XV : Taux de la CPN

Tableau XVI : Répartition des CPN par fréquence et par bras d'intervention

Tableau XVII: Taux des femmes qui connaissent l'importance du colostrum

Figure XVIII : Connaissance des femmes sur l'âge de diversité alimentaire

Tableau XIX : Connaissance des femmes des femmes sur l'âge d'arrêt de l'allaitement par bras

Tableau XX : Connaissance des femmes sur la Pratique de sevrage brutal

Tableau XXI: Moyen des centres pour répondre à l'affluence

Tableau XXII: Motivation au volet cash

FIGURES

Figure I : Répartition des agents de santé selon le niveau

Figure II : Répartition des dépenses de la somme perçue

Figure III : Taux de consommation des groupes alimentaires

Figure IV : Répartition des femmes par groupe d'aliments

Figure V: Taux d'enfant 12 à 24 mois allaité

Figure VI: Temps de mise au sein après leur naissance

Figure VII : L'enfant a suivi l'allaitement exclusif

Figure VIII : Nombre de CPN chez les femmes avec des enfants

Figure IX : Taux des femmes sur la connaissance

Figure X : Impact sur le Centre