

# TERMES DE RÉFÉRENCE

Pour l'évaluation finale indépendante/CAP finale commanditée par Action Contre la Faim Mali

Tableau récapitulatif - Aout 2020

Nom du programme/projet	Lutte contre la malnutrition dans le cercle de Kita et de Kayes
Numéro de contrat	J3AH
Secteur/s	Nutrition et le plaidoyer
Localisation (pays, région/s)	Cercles de Kita et Kayes Mali
Durée	3 ans
Date de début	27/10/2017
Date de fin	30/10/2020
Donateur(s) & contribution(s)	Gobierno de Navarra
Siège ACF responsable	Mali
Type d'évaluation	Evaluation finale indépendante de performance
Dates de l'évaluation	Septembre 2020

## 1. DÉTAILS DU PROGRAMME/PROJET/DE LA MISSION

### 1.1. Carte de la zone d'opération du programme/projet/de la mission

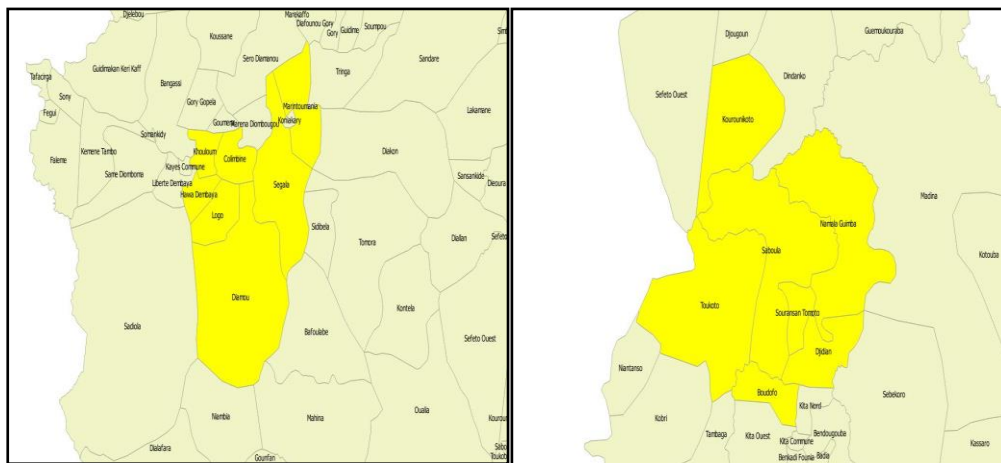


Figure 1 : District sanitaire de Kayes

Figure 2 : District sanitaire de Kita

### 1.2. Justification du programme/projet/de la mission

Action Contre la Faim est présente au Mali depuis 1996 et intervient dans la lutte contre la malnutrition depuis 1997. Ses interventions se sont étendues à la Région de Kayes en 2007 (cercles de Kita en 2007, de Kayes en 2016 et de Bafoulabe en 2018).

Le présent projet offre une réponse multisectorielle (Nutrition – SAME - Wash) aux besoins exprimés par les communautés et par les autorités locales et qui s'intègre dans l'opérationnalisation du plan d'action nutrition au niveau de la région de Kayes. Il est complémentaire aux autres projets dans la zone. Il appuie l'appropriation de ces actions par les acteurs étatiques et communautaires dans le cadre de la pérennisation de la prévention, d'accès

aux soins et de la prise en charge gratuite et de qualité de la malnutrition aigüe sévère au niveau des districts sanitaires de Kita et de Kayes. Il fait la promotion des activités Wash et SAME orientée vers la prévention de la malnutrition avec un accent particulier sur les groupes vulnérables qui sont les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans en garantissant leur droit à la santé.

Ce projet est en synergie avec les autres projets d'Action Contre la Faim dans la zone. Les projets financés par ASDI et l'**Innocent Foundation** contribuent à la prévention de la malnutrition, au dépistage de nouveaux cas, au référencement des bénéficiaires vers les Centres de Santé et à la prise en charge précoce des cas dans la communauté des Districts Sanitaires de Kita et Kayes. Ces projets s'inscrivent dans la continuité des actions menées dans le cadre de projet ECHO qui a pris fin.

La prise en charge des cas de MAS se fait en intégration totale du système de santé malien. Nos actions sur le renforcement du système de santé s'inscrivent également dans une logique de synergies avec deux autres projets axés sur le développement institutionnel et communautaire à Kita, le Service de Santé à Grand Impact - SSGI de Save the Children et le **Kènèya Jèmu Kan** de USAID. Elles s'exécutent en coordination avec les autorités sanitaires, ainsi que la Direction nationale de la santé, la Direction régionale de la santé et les mairies.

### 1.3. Objectifs du programme/projet/de la mission

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la malnutrition aigüe au sein de la population vulnérable des cercles de Kayes et Kita.

### 1.4. Objectif spécifique

Renforcer les capacités des communautés de 15 communes des cercles de Kayes (8) et de Kita (7) dans la prévention et la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe.

### 1.5. Résultat

**Résultat 1** : Les mécanismes communautaires de prévention, de détection, de référencement et de suivi de la malnutrition aigüe sont fonctionnels

**Résultat 2** : Les capacités d'absorption des centres de santé face aux pics de malnutrition sont renforcées

**Résultat 3** : L'autonomisation des structures de santé communautaires et de prise en charge (URENI, URENAS, ASC, GSAN) est assurée à travers le plaidoyer

Le cadre logique du projet est joint en Annexe I.

## 2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION FINALE/CAP FINALE

### 2.1. Justification de l'évaluation/CAP FINALE

En conformité avec la politique d'évaluation d'Action Contre la Faim et conformément aux dispositions de suivi évaluation prévue dans le document de projet, la réalisation d'une évaluation finale externe de performance/CAP FINALE du «**Projet de Lutte contre la malnutrition dans le cercle de Kita et de Kayes** » Action Contre la Faim a décidé d'organiser

une évaluation finale externe/CAP FINALE dudit projet afin de permettre aux parties prenantes d'évaluer la performance et les réalisations du projet par rapport aux objectifs prévus du projet, aux résultats attendus, aux cibles et aux indicateurs clés.

## 2.2. Objectif(s) de l'évaluation/CAP FINALE

- Porter une appréciation rigoureuse et objective sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience, les impacts (ou signes précoces d'impacts), la couverture, la cohérence et la durabilité des résultats du projet. Le rapport de l'évaluation devra contenir les conclusions et recommandations de nature opérationnelle ;
- Collecter les valeurs finales des indicateurs du projet (CAP finale) ;
- Recueillir les perceptions des diverses parties prenantes au projet à travers la visite aux sites d'intervention du projet à KITA & KAYES et l'échange autour des réalisations et attentes du projet ;
- Évaluer la performance des activités prévues du projet par rapport aux cibles attendues des résultats du projet ;
- Évaluer les principales forces et limites du programme et tirer des leçons pour l'amélioration future du programme et le partage avec les parties prenantes ;
- Évaluer les effets directs et indirects, prévus et imprévus, des interventions spécifiques en ce qui concerne les résultats de SANTE&NUTRITION ;
- Évaluer les risques et hypothèses indiqués dans le document de projet original par rapport aux problèmes émergents à KITA & KAYES, et comment le projet a répondu avec les mesures d'atténuation nécessaires.

## 2.3. Utilisateurs cibles de l'évaluation/CAP FINALE

- Les utilisateurs directs : les équipes d'Action Contre la Faim Mali, siège d'Action Contre la Faim Espagne ;
- Les utilisateurs indirects : le réseau Action Contre la Faim, le bailleur **Gobierno de NAVARRA**, les gouvernements régionaux et locaux, le ministère de la santé, les ONG sœurs.

## 2.4. Utilisation de l'évaluation/CAP FINALE

Cette évaluation indépendante finale du projet permettra d'apprendre des expériences pour développer de nouvelles stratégies au niveau du Mali, recueillir les leçons apprises et les bonnes pratiques pour de futur programmes/projets dans le pays, recueillir des preuves tangibles du succès d'Action Contre la Faim sur le terrain pour préparer les contenus pour le plaidoyer et le contenu de la communication.

# 3. PORTÉE DE L'ÉVALUATION/CAP FINALE

## 3.1. Éléments couverts par l'évaluation/CAP FINALE

L'évaluation portera sur l'ensemble du projet allant de la date du début et de la fin du projet et couvrira ses zones de mise en œuvre.

## 3.2. Éléments transversaux

Tout le long de l'évaluation l'aspect genre et le plaidoyer sera intégré et analysé par l'évaluateur/l'évaluatrice.

## 4. CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

Selon la politique d'évaluation Action Contre la Faim et ses lignes directrices<sup>1</sup>, **Action Contre la Faim souscrit aux critères du Comité d'Assistance au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)** pour l'évaluation de ses programmes, projets et de ses missions. Toutes les évaluations indépendantes devront utiliser les critères CAD de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) pour l'analyse des données et le rapport final.

Plus précisément, Action Contre la Faim utilise les critères suivants : conception, pertinence, cohérence, couverture, efficacité, durabilité et la potentialité d'impact.<sup>2</sup> En particulier, l'évaluateur/trice doit remplir le tableau des critères d'évaluation CAD et le présenter dans une annexe (sur le modèle du tableau ci-joint en **Annexe II**).

Les questions d'évaluation ont été développées afin d'aider l'évaluateur/trice à évaluer le projet mission en fonction de ces critères d'évaluation (se référer à l'**Annexe II**). L'évaluateur/trice peut adapter les critères et les questions de l'évaluation, néanmoins tout changement fondamental doit être approuvé par Action Contre la Faim Mali mentionné dans le rapport initial.

## 5. INDICATEURS A COLLECTER AU CAP FINALE

1. La proportion de ménages pratiquant une diversification alimentaire incluant 4 groupes d'aliments (CONTRACTUEL)
2. La proportion des répondants connaissant au moins 5 pratiques familiales essentielles (PFE) validées au Mali (CONTRACTUEL)
3. La proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants (CONTRACTUEL)
4. La proportion de ménages pratiquant le lavage des mains avec du savon à au moins quatre moments clés ;
5. La proportion de ménages pratiquant le lavage et la désinfection des fruits et des légumes ;
6. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ;
7. La proportion des ménages qui assistent à au moins 4 consultations prénatales ;
8. La proportion des ménages ayant une latrine moderne (sèche ou avec chasse d'eau) ;
9. La proportion des ménages qui pratiquent la défécation à l'air libre (non-utilisation de latrine par les membres du ménage même pour la gestion des matières fécales des nourrissons et des jeunes enfants).

## 6. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION/CAP FINALE

Cette évaluation/CAP FINALE utilisera la **méthode « un seul groupe »**. Elle examinera une seule intervention sans l'inclusion d'une comparaison avec d'autres éléments (personnes,

<sup>1</sup> <http://www.alnap.org/resource/23638>

<sup>2</sup> Comme une évaluation approfondie de l'impact est liée à l'estimation de l'attribution, qui peut être mesurée que par des modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux, le critère a été reformulé d'« impact» à «probabilité d'un impact».

communautés, etc.) qui n'ont pas participé dans l'intervention. L'évaluation doit aussi examiner ceux qui ont participé dans le programme « **avant et après** » l'intervention a été déroulée.

Cette section présente l'approche méthodologique suggérée à l'évaluateur afin de collecter les données quantitatives et qualitatives. L'évaluateur dans la mesure du possible, devra développer des outils et méthodes de collecte des données, permettant de collecter des données ventilées par sexe. Ces outils doivent permettre de trianguler les données autant que possible.

### 6.1. Étude documentaire

L'évaluateur/trice conduira une étude documentaire des documents clés du projet qui leur sera fourni par Action Contre la Faim Mali tels que : les documents du projet/de la mission et les propositions, rapports d'avancement et de résultats (tels que des publications, matériaux de communication, vidéos, enregistrements, etc.), résultats d'un quelconque processus de planification interne et matériaux pertinents de sources secondaires.

### 6.2. Echantillonnage

Au moins préciser si la méthode d'échantillonnage pour la collecte des données fera partie de l'échantillonnage probabiliste ou échantillonnage non probabiliste. Il devrait idéalement préciser le type de méthode suggérée entre l'un des deux groupes et surtout les critères de sélection en cas de non-échantillonnage probabiliste (à savoir meilleur scénario vs pire dans le cas d'échantillonnage de commodité).

L'évaluateur/trice devra ajuster ou affiner la méthode proposée dans le rapport initial.

### 6.3. Rapport initial

À la fin de la phase d'étude documentaire et avant la mission sur le terrain, l'évaluateur/trice préparera un bref rapport initial sur la base du modèle fourni. Ce document sera écrit en Français et inclura les éléments suivants :

- Les éléments clés des Termes de Référence (TDR) afin de démontrer que l'évaluateur/trice adhèrera aux TDR ;
- L'approche méthodologique de l'évaluation/CAP FINALE (y compris une matrice d'évaluation en annexe afin de préciser comment il/elle prévoit de recueillir les données nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation) et de souligner les limites de la méthodologie le cas échéant ;
- Un plan de travail détaillé ;
- Déclaration d'adhésion à la politique d'évaluation d'Action Contre la Faim et présentation des grandes lignes du rapport d'évaluation.

Le rapport initial sera discuté et approuvé par Action Contre la Faim Mali.

### 6.4. Mission sur le terrain

Techniques de collecte de données primaires : Dans le cadre de l'évaluation, l'évaluateur/trice tiendra des entretiens avec les parties prenantes clé du programme/projet/de la mission (personnel du projet expatrié/nationale, les représentants locaux/nationaux, les autorités

locales, les agences humanitaires, ou des représentants des bailleurs de fonds). L'évaluateur/trice utilisera le format le plus approprié pour ces entretiens comme spécifié dans le rapport initial. Il est également prévu que l'évaluateur/trice recueillera des informations directement auprès des bénéficiaires. Pour enrichir la triangulation, l'évaluateur/trice pourra organiser des discussions thématiques de groupe (bénéficiaires, non-bénéficiaires, informateurs clés) et questionnaires.

Visites de terrain : L'évaluateur/trice visitera les sites d'opération du projet/de la mission et les installations fournies aux bénéficiaires.

Techniques de collecte de données secondaires : revue de documentaire : L'évaluateur/trice poursuivra la récolte de données de suivi du projet ou de toute donnée statistique pertinente.

Débriefing et atelier avec les parties prenantes : L'évaluateur/trice animera un atelier d'apprentissage à la coordination d'Action Contre la Faim à Bamako afin de présenter les conclusions préliminaires aux parties prenantes (et les acteurs locaux, nationaux) ; rassemblera les commentaires sur les conclusions et créera un consensus sur les recommandations ; développera un rapport d'atelier orienté sur l'action concernant les leçons apprises et les améliorations proposées pour le futur.

## 6.5. Rapport d'évaluation FINALE/CAP FINALE

Le rapport d'évaluation doit respecter le format suivant et être écrit en Français et anglais.

NB : l'évaluateur/trice inclura une section à la comparaison et l'analyse de l'évolution des indicateurs entre CAP initiale et CAP finale.

- **Page de couverture** ;
- **Tableau récapitulatif** selon le modèle fourni ;
- **Table des matières** ;
- **Liste d'acronymes** ;
- **Résumé exécutif** doit être un résumé indépendant, décrivant le projet, les constatations principales de l'évaluation, les conclusions et les recommandations. Celui-ci ne devra pas s'étendre sur plus de 2 pages ;
- **Informations générales** ;
- **Méthodologie** décrire la méthodologie utilisée, fournir des preuves de triangulation des données and présenter les limites de cette méthodologie ;
- **Constatations** inclut l'analyse globale du projet selon les critères d'évaluation, réponse aux questions d'évaluation, toutes les constatations reposent sur des preuves tangibles, les problématiques transversales sont intégrées de manière systématique et ; les résultats involontaires ou imprévus sont également discutés ;
- **Conclusions** les conclusions sont formulées en synthétisant les principales constatations en propos de mérite et valeur, les jugements sont justes, impartiaux et en cohérence avec les constatations ;
- **Leçons apprises et bonnes pratiques** présente les leçons qui peuvent être appliquées afin d'améliorer la performance, les résultats ou l'impact des programmes/projets/missions, et ; identifie les bonnes pratiques : les pratiques à succès découlant de ces leçons qui valent la peine d'être reproduites ; développé plus en détails une bonne pratique spécifique élaborée en détail dans le formulaire proposé en Annexe IV ;
- **Recommandations** Les recommandations doivent être aussi réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible ; elles doivent soigneusement prendre en compte les circonstances actuelles du contexte d'action et les ressources disponibles pour une mise en

œuvre locale. Elles doivent découler logiquement des conclusions, leçons apprises et bonnes pratiques. Le rapport doit spécifier qui doit prendre des mesures et à quel moment. Les recommandations doivent aussi être présentées par ordre de priorité ;

- **Annexes** Ces dernières doivent être listées et numérotées et doivent inclure les éléments suivants : le formulaire de bonnes pratiques fourni en Annexe IV le tableau des critères d'évaluation (Annexe III), la liste des documents pour l'étude documentaire, la liste des personnes interrogées, les instruments de récolte des données, les TDRs de l'évaluation.

Le rapport d'évaluation ne devrait pas dépasser 30 pages et 50 pages en incluant les annexes. Le rapport provisoire doit être envoyé dans les 10 jours calendaires après avoir quitté le terrain. Le rapport final doit être envoyé avant la date de fin du contrat d'évaluation. Les annexes au rapport sont acceptées dans la langue de travail du pays et du programme/projet/mission faisant l'objet de l'évaluation.

## 6.6. Débriefing avec Action Contre la Faim Mali

L'évaluateur/trice devrait effectuer un débriefing avec la coordination d'Action Contre la Faim concerné sur son rapport préliminaire, les principales constatations, conclusions et recommandations de l'évaluation. Les retours et commentaires pertinents devraient être inclus dans le rapport final.

## 7. PRODUITS CLES DE L'ÉVALUATION

La liste ci-dessous inclut les produits que l'évaluateur/trice délivra à Action Contre la Faim - Mali :

Produits	Date limite
Rapport initial	03/09/2020
Présentation Powerpoint	03/09/2020
Rapport d'évaluation draft	23/09/2020
Rapport d'évaluation final	03/10/2020

**Tous les produits devront être soumis en français et anglais et sous format Word document.** La qualité du rapport préliminaire et du rapport d'évaluation sera contrôlée par Action Contre la Faim - Mali. **L'évaluateur/trice devra suivre le format et la structure spécifiés dans les sections 5.4 et 5.6 ci-dessus.**

## 8. MODALITES DE GESTION ET PLAN DE TRAVAIL

Ces TDR d'évaluation ont été développés de manière participative, par Action Contre la Faim - Mali sur les bases de consultations avec les parties prenantes.

L'évaluateur/trice sera en contact direct avec Action Contre la Faim -Mali. L'évaluateur/trice enverra tous les produits de l'évaluation directement et uniquement à Action Contre la Faim - Mali. Action Contre la Faim -Mali fera un contrôle de qualité (s'assurant que les éléments nécessaires sont présents) et décidera si le rapport est prêt à être partagé. Action Contre la Faim -Mali transmettra une copie aux parties prenantes clé afin que celles-ci puissent commenter des données factuelles et fournir des clarifications. Action Contre la Faim -Mali fera la synthèse de ces commentaires et les enverra à l'évaluateur/trice à la date convenue avec celui/celle-ci ou dès que tous les commentaires seront reçus de la part des parties



prenantes. L'évaluateur/trice prendra en compte les commentaires afin de finaliser le rapport et enverra celui-ci Action Contre la Faim -Mali, qui le transmettra alors officiellement aux parties prenantes concernées.

Une fois l'évaluation complétée, Action Contre la Faim -Mali lancera le suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation. Un contrôle du processus de suivi sera entrepris par Action Contre la Faim -Mali six mois après la publication du rapport d'évaluation.

### 8.1. Procédure de soumission du rapport d'évaluation/CAP FINALE

Activités	Jours de travail	Dates limites
Entretien avec la coordination d'Action Contre la Faim Mali	1	02/09/2020
Etude documentaire, préparation du travail de terrain et préparation du <u>Rapport préliminaire</u>	3	05/09/2020
<b>Voyage sur le terrain Kayes</b>	<b>1</b>	<b>06/09/2020</b>
Entretiens dans le pays avec le personnel du programme/projet/mission	1	07/09/2020
Visite terrain Kayes, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes	6	13 /09/2020
Voyage sur le terrain Kita	1	14/09/2020
Visite terrain Kita, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes	5	19/09/2020
<b>Voyage de retour</b>	<b>1</b>	<b>20/09/2020</b>
Ateliers de restitution à la coordination	1	21/09/2020
<u>Rapport provisoire</u>	5	26/09/2020
Action Contre la Faim : Contrôle de qualité et révision initiale par le comité de gestion de l'évaluation à Bamako et au siège, faire circuler le rapport provisoire parmi les parties prenantes, synthétiser les commentaires et l'envoyer à l'évaluateur/trice	7	03/10/20
<u>Rapport final</u> sur la base des commentaires des parties prenantes, de la mission, du siège, et de Gobierno de NAVARRA	3	06/10/2020
<b>Total :</b>	<b>34</b>	



## 8.2. Chronogramme

Activités	Sept-20																														Oct-20									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6				
Entretien avec la coordination d'Action Contre la Faim Mali																																								
Etude documentaire, préparation du travail de terrain et préparation du Rapport préliminaire																																								
Voyage sur le terrain Kayes																																								
Entretiens dans le pays avec le personnel du programme/projet/mission																																								
Visite terrain Kayes, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes																																								
Voyage sur le terrain Kita																																								
Visite terrain Kita, collecte des données et analyse des données secondaires et réunion avec les parties prenantes																																								
Voyage de retour																																								
Ateliers de restitution à la coordination																																								
Rapport provisoire																																								
Action Contre la Faim : Contrôle de qualité et révision initiale par le comité de gestion de l'évaluation à Bamako et au siège, faire circuler le rapport provisoire parmi les parties prenantes, synthétiser les commentaires et l'envoyer à l'évaluateur/trice																																								
Rapport final sur la base des commentaires des parties prenantes, de la mission, du siège, et de Gobierno de NAVARRA																																								

### 8.3. PROFIL DE L'ÉVALUATEUR/TRICE

L'évaluation sera effectuée par un consultant international d'évaluation avec le profil suivant :

- Connaissances approfondies dans les secteurs clés suivant : Nutrition et plaidoyer
- Expérience significative dans le domaine de l'évaluation de projets humanitaires/développement (au moins 10 ans d'expérience)
- Diplôme pertinent ou expérience équivalente liée à l'évaluation à entreprendre;( en science sociale, statistique etc.)
- Expérience considérable dans la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes ;
- Compétences en communication et expérience dans la facilitation d'ateliers ;
- Compétences à écrire des rapports clairs et utiles (joindre une copie d'évaluation précédente) ;
- Maîtrise du français et de l'anglais ;
- Compréhension des exigences des donateurs ;
- Capacité à gérer le temps et les ressources imparties et à travailler dans des délais courts ;
- Indépendance par rapport aux parties impliquées.

## 9. CANDIDATURE

Les candidats intéressés doivent soumettre une offre par mail : (coordination.logistique@ml.acfspain.org) au plus tard le **26 Août 2020**.

- Une offre complète est composée de :
- Un curriculum Vitae détaillé de l'évaluateur
- Des références détaillées sur l'expérience en lien avec les méthodologies d'évaluation indépendante.
- Une offre technique reprenant les aspects suivants : la compréhension des TDR, la méthodologie d'évaluation, la matrice de l'évaluation, un chronogramme global et les moyens humains et logistiques nécessaires
- Une note méthodologique sur l'agenda et les résultats attendus de la formation des enquêteurs, superviseurs
- Une offre financière détaillée.
- Les offres doivent être rédigées en français.

La check-list pour la fourniture des services de conseil et d'évaluation du kit log doit tenir compte du logement, du transport, de l'évaluateur et l'équipe technique.

## 10. QUESTIONS LÉGALES ET ÉTHIQUES

La propriété du rapport (préliminaire et final) appartient exclusivement au siège commanditaire et au bailleur concerné. Le document, ou toute publication relative à celui-ci, ne sera pas partagé avec quiconque à l'exception d'Action Contre la Faim avant que ce dernier ne livre le document final au donateur(s). Action Contre la Faim est le destinataire principal de l'évaluation et ses résultats pourraient avoir un impact sur les stratégies tant opérationnelles que techniques. Cela étant dit, il est probable qu'Action Contre la Faim partage les résultats de l'évaluation avec les groupes suivants :

- Donateur(s)
- Partenaires gouvernementaux
- Divers organes de coordination

### 10.1. Droits de propriété intellectuelle

Tous les documents liés à l'évaluation (dans le cadre ou non des tâches de l'évaluateur/trice), reste la propriété seule et entière d'Action Contre la Faim.

## 11. LISTE DES ANNEXES AU TDR

- i. Cadre logique du projet
- ii. Critères d'évaluation et questions détaillées
- iii. Tableau des critères d'évaluation
- iv. Modèle de Bonne Pratique
- v. Rapport CAP Initiale

Annexe I : Cadre logique du programme/projet/de la mission

Projet de lutte contre la malnutrition dans le cercle de Kita et de Kayes

OBJETIVO GENERAL		
Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la malnutrition aigüe au sein de la population vulnérable du cercle de Kayes		
Objetivo Específico		
Renforcer les capacités des communautés de 14 communes des cercles de Kayes (7) et de Kita (7) dans la prévention et la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe.		
Resultado (R.E.)	Indicadores Objetivamente Verificables (IOV)	Fuentes de verificación (F. V)
RE.1  Les mécanismes communautaires de prévention, de détection, de référencement et de suivi de la malnutrition aigüe sont fonctionnels	<b>IOV 1.1</b> Proportion des GSAN fonctionnelles à la fin de l'année 3 du projet (aligné aux directives nationales, tenant un registre de GSAN, menant leurs réunions mensuelles et au moins 2 activités ANJE liées à l'approche 1000 jours) Baseline : 0 Target : 80%	F.V. 1.1 :  Rapport d'activité du projet
	<b>IOV 1.2</b> Proportion de ménage pratiquant une diversification l'alimentaire incluant 4 groupes d'aliments (≥70% ?) Baseline : 0 Target année 1 : 40% Target année 3 : 60%	F.V. 1.2 :  Enquête CAP (initiale et finale)
	<b>IOV 1.3</b> Proportion des bénéficiaires connaissant au moins 5 pratiques familiales essentielles (PFE) validées au Mali à la fin de l'année 3 Baseline : NA Target année 1 : (30 % de femmes et 30% hommes) Target année 3 : (70 % de femmes et 70% hommes)	F.V. 1.3 :  Enquête CAP (Année 1e et Année 3)

	<p><b>IOV 1.4</b> Proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants (CIBLE à définir avec étude ASDI/enquête CAP) Baseline : NA Target année 1 : 40% Target année 3 : 60%</p>	<p>F.V. 1.4 : Enquête CAP (Année 1 et Année 3)</p>
	<p><b>IOV 1.5</b> % des mères formées qui mesurent correctement le PB de leur enfant (par rapport aux mesures des RC) (CIBLE) Baseline : 0% Target : 70%</p>	<p>Rapport de supervision</p>
	<p><b>IOV 1.6</b> % de RC qui se déclarent satisfaits de la motivation communautaire qu'ils reçoivent à la fin de l'année 3 du projet Baseline : 0% Target : 60%</p>	<p>Questionnaire de satisfaction des RC</p>
	<p><b>IOV 1.7</b> Nombre de GSAN appuyés par le projet qui reçoit au moins 1 supervision conjointe par an (ASC, DTC) Baseline : NA Target : 100</p>	<p>Rapport d'activité de projet Rapport de supervision</p>
	<p><b>IOV 1.8</b> 80% des caisses d'épargne et de crédit villageoises mises en place pour femmes et jeunes sont autonomes à la fin du projet (tenue des réunions, argent en caisse et en circulation, développement d'AGRs, etc.)</p>	
<p><b>RE.2.</b> Les capacités d'absorption des centres de santé face aux pics de malnutrition sont renforcées</p>	<p><b>IOV 2.1</b> % des centres de santé de référence ayant atteints les indicateurs de performance PCIMA selon les normes de protocole national en période de Surge chaque année Baseline : NA Target : 80%</p>	<p>F.V. 2.1: Rapport statistique des unités de prise en charge (URENI, URENAS) Rapport d'activité du projet</p>

	<p><b>IOV 2.2</b>          % de centres de santé de référence cibles ayant écrit un plan mettant en avant les actions Surge et le support nécessaire en cas de situation Surge devant être implémentées une fois les seuils dépassés au premier trimestre de chaque année.          Baseline : NA          Target : 100%</p>	<p>F.V. 2.2:          Rapport de mise en place de SURGE          Plan SURGE (deux plans : Hôpital et DS)</p>
<p><b>RE.3.</b> L'autonomisation des structures de santé communautaires et de prise en charge (URENI, URENAS, ASC, GSAN) est assurée à travers le plaidoyer</p>	<p><b>IOV 3.1</b>          % des PDSEC qui intègre au moins une activité spécifique de nutrition (prévention, PEC, référencement...) à la fin d'année 3          Baseline : NA          Target : 80%</p>	<p>F.V. 3.3:          Rapport d'activité PDSEC</p>
	<p><b>IOV 3.2</b>          % des élus locaux ayant amélioré leurs connaissances sur le plan multisectoriel de nutrition (BL : test pré-formation, source de vérification : test post-formation) en année 2          Baseline : NA          Target : 100%</p>	<p>F.V. 3.4:          Tests pré et post formations          Rapport de formation</p>

## Annexe II : Critères d'évaluation et questions détaillées

Afin d'évaluer le projet selon chaque critère d'évaluation, l'évaluateur/trice répondra aux questions suivantes :

*REMARQUE : Lors de l'élaboration des questions d'évaluation, pensez à des questions courantes transversales décrites dans la section de portée de l'évaluation*

**Conception** : Mesure selon laquelle la conception est logique, permet une gestion axée sur les résultats (RBM) et comprend une stratégie de durabilité associant les partenaires locaux et les bénéficiaires.

**Pertinence** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds.

- Dans quelle mesure l'initiative est-elle en adéquation avec le mandat d'Action Contre la Faim, les priorités nationales et les besoins des femmes et hommes cibles ?
- Dans quelle mesure la méthode d'exécution choisie Action Contre la Faim fut-elle compatible avec le contexte de développement/humanitaire ?
- Dans quelle mesure la théorie du changement définie dans le modèle des résultats a-t-elle représenté une vision pertinente et appropriée servant de base à l'initiative ?
- Y'a-t-il des changements dans l'environnement du projet ?
- Quel était le rôle des bénéficiaires, en particulier les femmes enceintes et allaitantes ; les partenaires gouvernementaux, communautaires etc., dans la conception, le ciblage, la mise en œuvre et le suivi du projet ?

**Cohérence** : Mesure selon laquelle les interventions sont cohérentes avec des interventions existantes, les politiques et stratégies globales et nationales pour assurer la cohérence, optimiser les synergies et minimiser les duplications.

- Dans quelle mesure l'intervention a été harmonisée entre les différents acteurs, la promotion des synergies, éviter les lacunes, les duplications et les conflits de ressources ?

**Couverture** : Mesure selon laquelle les interventions répondent à la nécessité d'atteindre les principaux groupes de population dont la vie est menacée, où qu'ils se trouvent.

- Tous les domaines du projet ont-ils été atteints de manière appropriée et contrôlée ?
- Les plus vulnérables et marginalisés étaient-ils inclus ?

**Efficiences** : Mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe.

- Dans quelle mesure les produits du programme ou projet ont-ils résulté d'une utilisation économe des ressources ?
- Dans quelle mesure les produits furent-ils exécutés avec la qualité escomptée et dans les délais impartis ?
- Dans quelle mesure les modalités de partenariat ont-elles été favorables à la réalisation des résultats ?
- Dans quelle mesure les systèmes de suivi ont-ils fourni aux gestionnaires des données régulières qui leur ont permis de tirer des enseignements et d'ajuster la mise en œuvre en conséquence ?
- Comment, dans le cadre de l'exécution des produits, Action Contre la Faim a-t-il soutenu l'égalité entre les hommes et les femmes ?

**Efficacité** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement ont été atteints, ou sont en train de l'être, compte tenu de leur importance relative.



- Dans quelle mesure les effets escomptés furent-ils atteints, ou quelle est l'étendue des progrès réalisés pour atteindre ces effets ?
- Comment les produits réalisés par Action Contre la Faim ont-ils affecté les effets de l'initiative, et de quelle manière n'ont-ils pas été efficaces ?
- Quelle fut la contribution des partenaires et autres organisations aux effets de l'initiative, et quelle fut l'efficacité des partenariats d'Action Contre la Faim dans la réalisation des résultats ?
- Quels furent les changements, positifs ou négatifs, escomptés ou inattendus, causés par l'intervention d'Action Contre la Faim ?
- Dans quelle mesure les effets atteints ont-ils profité aux femmes et aux hommes de manière égale ?

**Durabilité :** Continuation des bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme. Situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques.

- Quels sont les éléments d'information sur la pérennisation des effets, par exemple existence de la capacité institutionnelle requise (systèmes, structures, personnel etc.) ?
- Dans quelle mesure une stratégie de durabilité, y compris le renforcement de la capacité des parties prenantes nationales, a-t-elle été développée ou mise en œuvre ?
- Dans quelle mesure les cadres politiques et de régulation sont-ils mis en place et soutiendront-ils la continuité des bénéfices ?
- Dans quelle mesure les partenaires se sont-ils engagés à maintenir leur soutien ?
- Comment l'égalité entre les hommes et les femmes continueront-ils à être soutenus par les principales parties prenantes ?

**Potentialité d'Impact :** Les premiers signes d'effets positifs et négatifs, primaires et secondaires, à court, moyen et long terme produits par l'intervention, directement ou indirectement, intentionnellement ou non.

- Qu'est-ce qui a été engendré par les résultats du programme ou du projet ?
- Qu'est-ce qui a vraiment changé du point de vue des bénéficiaires, grâce à l'activité en question ?
- Combien de personnes ont-elles été affectées ?

### Annexe III : Tableau des critères d'évaluation

L'évaluateur/trice doit utiliser le tableau suivant afin de noter les performances globales de l'intervention en faisant usage des critères CAD. Le tableau doit être inclus soit dans le résumé exécutif soit dans le corps du texte du rapport.

Critères	Notation (1 pauvre, 5 élevé)					Justification
	1	2	3	4	5	
Conception						
Pertinence						
Cohérence						
Couverture						
Efficiences						
Efficacité						
Durabilité						
Potentialité d'impact						

Guide de notation des critères d'évaluation :

Note	Définition
<b>1. Insatisfaisant</b>	La performance a été <b>constamment inférieure aux attentes</b> dans la plupart des domaines d'étude liés aux critères d'évaluation. La <b>performance globale</b> pour les critères d'évaluation <b>n'est pas satisfaisante</b> en raison de graves lacunes dans certains des domaines. Des améliorations considérables sont nécessaires. Le rapport d'évaluation contient des recommandations visant à améliorer la performance et Action contre la Faim surveillera les progrès enregistrés dans ces domaines.
<b>2. Amélioration nécessaire</b>	La performance <b>n'a pas toujours été à la hauteur des attentes dans certains domaines de l'évaluation</b> – la performance n'a pas répondu aux attentes dans un ou plusieurs domaines d'étude essentiels. Il faut faire des améliorations dans un ou plusieurs de ces domaines. Le rapport d'évaluation contient des recommandations visant à améliorer la performance et Action contre la Faim surveillera les progrès enregistrés dans ces domaines clés.
<b>3. Dans l'ensemble, répond aux attentes</b>	Dans l'ensemble, la performance <b>a répondu aux attentes</b> dans tous les domaines essentiels de l'évaluation et la <b>qualité globale du travail était acceptable</b> . Les éventuelles recommandations sur les domaines pouvant être améliorés se trouvent dans le rapport d'évaluation.
<b>4. Répond aux attentes</b>	La <b>performance a constamment répondu aux attentes</b> dans tous les domaines essentiels de l'évaluation et la <b>qualité globale du travail était assez bonne</b> . Les attentes les plus importantes ont été satisfaites.
<b>5. Exceptionnel</b>	La <b>performance a constamment répondu aux attentes</b> grâce à la <b>haute qualité du travail</b> fourni dans <b>tous les domaines essentiels de l'évaluation</b> , et la <b>qualité globale</b> du travail a par conséquent été <b>remarquable</b> .

## **Annexe IV : Modèle de Bonne Pratique**

L'évaluation doit fournir un (1) exemple clé de bonne pratique du programme/projet/de la mission. Cet exemple doit être en relation avec le domaine technique de l'intervention, soit en termes de procédés ou systèmes, et doit être potentiellement applicable dans d'autres contextes où Action Contre la Faim opère. Cet exemple de bonne pratique doit être présenté dans le résumé exécutif et dans le corps du texte du rapport.

<b>Titre de la bonne pratique</b>
<i>(Max. 30 mots)</i>
<b>Élément novateur &amp; caractéristiques clés</b>
<i>(Qu'est-ce qui rend la bonne pratique sélectionnée différente ?)</i>
<b>Contexte de la bonne pratique</b>
<i>(Quelle était la justification de cette bonne pratique ? Quels facteurs/idées/développements/événements ont mené à l'adoption de cette bonne pratique ? Pourquoi et en quoi était-ce préférable à d'autres alternatives ?)</i>
<b>Explication supplémentaire sur la bonne pratique choisie</b>
<i>(Elaborer sur les caractéristiques clés de la bonne pratique choisie. Comment celle-ci fonctionne dans la réalité ? Qu'est-ce que cela implique ? Comment a-t-elle été reçue par les communautés locales ? Quelles étaient certaines de ses plus importantes/pertinentes caractéristiques ? Qu'est-ce qui l'a rendue unique ?)</i>
<b>Recommandations pratiques/spécifiques pour la reproduire</b>
<i>(Comment la pratique sélectionnée peut-elle être reproduite de manière plus vaste ? Cette pratique peut-elle être répliquée (partiellement ou complètement) par d'autres programmes Action Contre la Faim ? Qu'est-ce que cela demanderait au niveau pratique ? Qu'est-ce que cela demanderait au niveau des politiques ?)</i>
<b>Comment la bonne pratique peut-elle être développée à l'avenir ?</b>
<i>(Présenter les étapes à suivre pour améliorer la pratique et pour que la mission puisse encore tirer meilleur parti de cette bonne pratique)</i>

Annexe V : Rapport Enquête CAP

**RAPPORT  
ENQUÊTE CAP  
(Connaissances, Attitudes, Pratiques)  
INITIALE**

« Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles  
De Kita et de Kayes »  
(MLJ3AH)

Jun 2018

**TITRE DU PROJET : « Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes »  
(MLJ3AH)**

	Tableau récapitulatif des résultats	2
	EAU – HYGIENE – ASSAINISSEMENT	2
	ALIMENTATION ET SANTE DE L'ENFANT	2
	Acronymes et Abréviations	7
1.	Contexte et justification	8
2.	Objectif de l'enquête	8
2.1	Objectif Général	8
2.2	Objectif spécifique	8
3.	Méthodologie	9
3.1	Echantillonnage	9
3.2	POPULATION DE L'ENQUETE	9
3.3	INDICATEURS MESURABLE	10
3.4	Taille de l'échantillon	10
3.5	Procédure d'échantillonnage	10
3.6	Méthode et outils de collecte de données	13
3.7	Collecte des données	13
3.8	Traitement et analyse des données	15
4.	RESULTATS	17
4.1	PRATIQUES	17
4.2	CONNAISSANCES	20
4.3	ATTITUDES	21
4.4	Caractéristiques sociodémographiques des ménages	23
5.	Recommandation	24
5.1	Accès à l'Eau, Hygiène et Assainissement	25
5.2	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et santé	25
6.	Conclusion	25
	Annexes	26

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS**

Niveau d'atteinte des principaux indicateurs du projet (Enquête CAP Kita Mai 2017)

**EAU - HYGIÈNE - ASSAINISSEMENT**

Indicateurs	Valeurs (%)	
	KAYE	KITA
La proportion des ménages qui pratiquent la défécation à l'air libre (Non-utilisation de latrine par les membres du ménage même pour la gestion des matières fécales des nourrissons et des jeunes enfants).	0,0%	0,0%
La proportion des ménages ayant une latrine moderne (sèche ou avec chasse d'eau) ;	16,1%	6,4%
Proportion de ménages connaissant au moins 4 moments clés de lavage des mains au savon		
Proportion de ménages pratiquant le lavage des mains au savon (ou à la cendre) à au moins 4 moments Clés	15,3%	17,3%
Proportion des ménages désinfectant les légumes et fruits avant de les consommer	67,9%	69,2%

**ALIMENTATION ET SANTE DE L'ENFANT**

Indicateurs	Valeurs (%)	
	KAYE	KITA
<i>Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans</i>	11,6%	4,5%
<i>Proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants.</i>	36,5%	46,15%
Proportion des ménages qui assistent à au moins 4 consultations prénatales	37,2%	19,9%

### Liste des tableaux

Tableau 1	<i>plan d'échantillonnage</i>	11
Tableau 2	Chronogramme	15
Tableau 3	Répartition des équipes pour la collecte des données	15

### Liste des graphiques

Figure 1	Proportion de ménages pratiquant une diversification alimentaire incluant 4 groupes d'aliments	16
Figure 2	Proportion de ménages pratiquant le lavage et la désinfection des fruits et des légumes avant de les consommer	16
Figure 3	Proportion de ménages pratiquant le lavage de mains avec du savon à au moins quatre moments clés	17
Figure 4	Proportion des ménages ayant une latrine moderne (sèche ou avec chasse d'eau)	17
Figure 5	Proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants.	18
Figure 6	Proportion des ménages qui assistent à au moins 4 consultations prénatales.	18
Figure 7	Le Niveau d'implication des chefs de ménages dans la gestion des dépenses en santé.	19
Figure 8	Proportion des répondants connaissant au moins 5 pratiques familiales essentielles (PFE) validées au Mali.	20
Figure 9	Proportion des répondants affirmant le lavage des légumes et fruit avant la consommation	20
Figure 10	Proportion des ménages estimant qu'il est nécessaire de traiter les légumes et fruits avant de les consommer.	21
Figure 11	Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	21
Figure 12	Répartition des personnes interviewées selon le sexe.	
Figure 13	Répartition des personnes interviewées selon le niveau de scolarisation.	
Figure 14	Répartition (en %) des ménages selon le statut de résidence	23



## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ANJE	Alimentation du jeune enfant et du nourrisson
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de référence
CRF	Croix Rouge Française
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
EHA	Eau, Hygiène Assainissement
FEFA	Femmes enceintes et femmes allaitantes
FGD	Focus Group Discussion
IC	Intervalle de Confiance
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
NCA	Nutrition Causal Analysis
ODK	Open Data Kolector
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégré de la Malnutrition Aiguë
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URENAM	Unité de Récupération et d'Education nutritionnelle ambulatoire modérée
URENAS	Unité de récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
WASH	Water Access, Sanitation and Hygiene
WIN	WaSH In Nutrition
WINS	WaSH In School

### 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le cercle de Kayes a une superficie de 22 190 km<sup>2</sup>, et une population de 665 865 habitants (Source : Document Cartographie Kayes 2017). Le cercle correspond au district sanitaire

comprend 28 communes dont 5 urbaines et 23 rurales et un nombre de 51 aires de santé dont 44 fonctionnelles.

Le cercle de Kita a une superficie de 32 250 km<sup>2</sup>, et une population estimée à 547 539 habitants (Source : Carte sanitaire 2016).

Le cercle de Kita qui comprend 3 districts sanitaires comprend 33 communes dont 1 urbaines et 32 rurales et un nombre de 51 aires de santé dont 50 fonctionnelles.

Action Contre la Faim intervient dans les districts sanitaires de Kayes et Kita depuis Avril 2016. Ses interventions ont pour but de contribuer à la lutte contre la malnutrition et à l'amélioration des conditions de vie des populations. Cette action est orientée vers une approche intégrée et multisectorielle afin d'agir sur les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition aiguë. Cela passe par la promotion des pratiques familiales essentielles, la facilitation de l'accès aux services de santé, d'hygiène et par la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Dans la région de Kayes la prévalence de malnutrition aiguë évolue en dents de scie avec des pics dont celui de 2017. Des aléas multiples contribuent à cette situation nutritionnelle fragile par exemple l'arrêt précoce des pluies avec comme conséquence des superficies non récoltables (32 770 hectares de céréales perdus au compte de la campagne agricole 2017 - 2018 dans le cercle de Kayes). Une des réponses à cette situation est de renforcer la résilience des communautés à faire face à cette problématique de la malnutrition qui a un caractère multi dimensionnel.

Dans ce nouveau projet de nutrition à assise communautaire, Action Contre la Faim propose de renforcer la composante communautaire du protocole nationale PCIMA pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë. Ces présents termes de référence rentrent dans le cadre de la détermination de la valeur de référence pour les indicateurs du projet.

## **2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS**

### **2.1. Objectifs**

L'objectif général de cette enquête est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de nutrition/santé et d'hygiène (alimentaires et corporelles) dans le district sanitaire de Kayes.

Les objectifs spécifiques de l'enquête CAP sont :

- Déterminer la proportion des ménages ayant adopté les pratiques d'ANJE ;
- Mesurer la proportion des ménages ayant adopté les bonnes pratiques d'hygiène ;
- Estimer la proportion des ménages ayant adopté les pratiques essentielles de recours aux soins médico-nutritionnels des enfants ;
- Déterminer la proportion des ménages ayant adopté les pratiques essentielles de santé des femmes enceintes.

### **2.2. Résultats attendus**

Les résultats attendus de l'enquête CAP sont :

- La proportion des ménages ayant adopté les pratiques essentielles de l'ANJE est déterminée ;
- La proportion des ménages ayant adopté les bonnes pratiques d'hygiène est mesurée ;
- La proportion des ménages ayant adopté les pratiques essentielles de recours aux soins médico-nutritionnels des enfants est estimée ;
- La proportion des ménages ayant adopté les pratiques essentielles de santé des femmes enceintes est déterminée.

### 3. METHODOLOGIE

#### 3.1. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage aléatoire, stratifié et tiré à deux degrés, l'unité primaire de sondage étant le village. Au premier degré on a sélectionné donc les villages dans lesquels se déroulera l'enquête, et au second degré, à l'intérieur de chaque village, on a sélectionné les ménages qui ont fait partir de l'échantillon.

#### 3.2. Population de l'enquête

La population concernée par cette enquête est l'ensemble des ménages du cercle de Kayes qui constitue la zone d'intervention du projet. La population totale s'élève à 147446 individus.

#### 3.3. Indicateurs à mesurer

L'enquête visait à renseigner les indicateurs suivants :

- la proportion de ménages pratiquant une diversification alimentaire incluant 4 groupes d'aliments (CONTRACTUEL)
- la proportion des répondants connaissant au moins 5 pratiques familiales essentielles (PFE) validées au Mali (CONTRACTUEL)
- la proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants (CONTRACTUEL)
- la proportion de ménages pratiquant le lavage de mains avec du savon à au moins quatre moments clés ;
- la proportion de ménages pratiquant le lavage et la désinfection des fruits et des légumes ;
- la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ;
- la proportion des ménages qui assistent à au moins 4 consultations prénatales ;
- la proportion des ménages ayant une latrine moderne (sèche ou avec chasse d'eau) ;
- la proportion des ménages qui pratiquent la défécation à l'air libre (non utilisation de latrine par les membres du ménage même pour la gestion des matières fécales des nourrissons et des jeunes enfants).

#### 3.4. Taille de l'échantillon

Le nombre de ménages minimum à enquêter est de 400 répondants. La formule suivante a été utilisée pour déterminer le nombre total de ménages à enquêter dans la zone d'étude :

$$n = \frac{t^2(1-r)r^*deff}{(d)^2}$$

Avec :  $t$  lié à un intervalle de confiance de 95% (1,96) ;  $r$  la valeur présumée de l'indicateur de référence étudié (50%) ;  $deff$  l'effet de sondage dû à l'utilisation d'un sondage complexe par rapport au sondage aléatoire simple (1,5) ; et  $d$  la marge d'erreur (6%).

### 3.5. Procédure d'échantillonnage

L'échantillon pour l'enquête est tiré des données démographiques de la zone du projet (voir Annexe 2). La première phase est la sélection aléatoire de 30 villages. La seconde est la sélection aléatoire des ménages dans les villages sélectionnés. En l'absence de la liste des ménages, les ménages sont sélectionnés par tirage systématique sur la base du pas de sondage.

*Sélection des villages* : La base d'échantillonnage est construite à l'aide de données démographiques. Elle a été classée par commune et village par ordre alphabétique. Pour assigner les grappes, l'intervalle d'échantillonnage est calculé à l'aide de la formule : *Population totale/ Nombre de village*. Le premier élément a été choisi aléatoirement à l'aide d'Excel. Le premier village est celui pour lequel la population cumulée est égale ou supérieure au nombre aléatoire (3312). Le deuxième village est celui qui a une population cumulée égale ou supérieure au nombre aléatoire, plus l'intervalle d'échantillonnage. La taille de l'échantillon a été normalisée à 420 ménages : 30 grappes avec 14 ménages par grappe. Procédure de remplacement : dans le cas où une équipe se trouve dans l'impossibilité de mener les enquêtes dans un village, le village qui suit directement le ménage à remplacer dans la liste des villages (voir Annexe 2) sera considéré.

*Sélection des ménages* : L'équipe d'enquête visitera 30 villages durant les activités sur le terrain. Dans chaque village, 14 ménages seront enquêtés. Pour les sélectionner, la méthode aléatoire systématique par pas de sondage est conseillée à partir d'un point central du village, la direction empruntée est déterminée en tournant un crayon ou une bouteille de façon à ce qu'il/elle indique une direction aléatoire et systématiquement choisir le premier ménage. Le pas de sondage théorique est déterminé par : Nombre de ménages du village/taille de l'échantillon à enquêter dans le village. Le second ménage est sélectionné en ajoutant le nombre de pas de ménages vers l'extérieur et à la limite du village jusqu'à ce que le quota de ménages soit atteint. Si la limite du village est atteinte avant le quota, on retourne au point central initial, puis une seconde direction à emprunter est déterminée selon la méthode indiquée ci-dessous. Cependant, des considérations logistiques ou sécuritaires pourront amener à diminuer le pas de sondage.

**Tableau 1: plan d'échantillonnage**

District sanitaire	Aire de santé	Village	Population	Population cumulée	Grappe	Nbre de ménages par grappe	Nbre de ménages par village	Pas de ménage théorique
Kayes	BATAMA	Batama Peulh	4080	4080	1	14	680	49
		Diabadji	4176	11109	2	14	696	50
		Sabouciré madigata	1200	18546	3	14	200	14
	DIALANE	Dialané	5246	28454	4	14	874	62
	DIAMOU	Diamou	5255	36092	5	14	876	63
		Illimalo	677	41576	6	14	113	8
		Wassangara	1066	49700	7	14	178	13
	DJINGUILOU	Touba	1212	57298	8	14	202	14
	KHOULOUN	Kersigané	5108	64346	9	14	851	61
	LONTOU	Fatola	1695	73228	10	14	283	20
		Méidine Lontou	1782	80306	11	14	297	21
	MARINTOUMANIA	Oualila	943	87827	12	14	157	11
	NIAMIGA	Kabaté	3922	96894	13	14	654	47
	SABOUCIRE LOGO	Dembagnouma	546	107032	14	14	91	7
		Faguine kouta	417	110117	15	14	70	5
		Marena	570	117665	16	14	95	7
	SEGALA	Bagoré	1148	125360	17	14	191	14
		Mouliné	5648	134219	18	14	941	67
		Segalaba	5513	145269	19	14	919	66
Kita	BOUDOFO	Boudofo	1537	148983	20	14	256	18
	DJIDJAN	Djidjan	3824	156107	21	14	637	46
		Konitonoma Djemakana	1849	164171	22	14	308	22
	KOUROUNIKOTO	Guetala	2834	172830	23	14	472	34
		Kourounikoto	6344	179174	24	14	1057	76
	TOUKOTO	Toukoto	4386	186269	25	14	731	52
	BALANDOUGOU	Bassibougou	1602	193696	26	14	267	19
	NAMALA GUIMBALA	Bangassikoto	3028	203823	27	14	505	36
		Namala	3147	209666	28	14	525	38
SANDIAMBOUGOU	Manakoto	5173	218831	29	14	862	62	
SOURANZAN	Souranzan	2128	227029	30	14	355	25	

### 3.6. Méthode et outils de collecte de données

#### 3.6.1. Approche

Afin d'atteindre les objectifs de cette enquête, l'approche méthodologique a pris en compte les aspects quantitatifs et qualitatifs. L'approche quantitative a permis de mesurer le niveau d'atteinte des différents indicateurs d'intérêt pour le projet. L'approche qualitative, a permis d'approfondir certaines questions.

La collecte des données s'est déroulée dans les villages qui figurent dans le plan d'échantillonnage. Un questionnaire ménage élaboré par l'équipe au niveau opérationnel et validé par la coordination technique a servi à la collecte des informations. Le questionnaire ménage a été paramétré sur la tablette à travers l'application ODK. Un court guide d'entretien s'est développé durant la formation des enquêteurs et a été administré à un ou plusieurs informateurs clés dans chaque village.

L'enquêteur devait renseigner pour chaque ménage enquêté par rapport à :

- Localisation ;
- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur l'hygiène, l'eau et l'assainissement ;
- Connaissance des pratiques Familiales Essentielles retenues par le Mali ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur la Malnutrition aigüe et la diversification alimentaire.

### 3.7. Collecte des données

#### 3.7.1. Recrutement et formation des enquêteurs

Cette enquête a mobilisé 12 enquêteurs, 3 chefs d'équipes et 1 Gestionnaire de Base de Données. La formation des enquêteurs a duré deux jours, le premier jour a été consacré à la présentation des outils et le deuxième à la phase test terrain du questionnaire. La formation a été assurée par la Gestionnaire de Base de Données et appuyée par l'équipe du projet J3AH.

#### 3.7.2. Durée de la collecte des données sur le terrain

La collecte des données a été faite pendant 6 jours dans 30 villages, 11 à Kita (soit  $11 \times 14 = 154$  ménages) et 19 à Kayes (soit  $19 \times 14 = 266$  ménages). Elle a été faite par 3 équipes de 4 enquêteurs (1 à Kita et 2 à Kayes), chacune dirigée par un chef d'équipe. L'équipe de Kita a administré 154 questionnaires en 6 jours, soit 25,7 questionnaires par jour (6,43 questionnaires par jour par enquêteur en moyenne). Chacune des deux équipes de Kayes a administré 133 questionnaires en 6 jours, soit 22,2 questionnaires par jour (5,55 questionnaires par jour par enquêteur en moyenne).

#### 3.7.3. Supervision de la collecte et contrôle de la qualité des données

La supervision de la collecte des données a été assurée par la Gestionnaire de Base de Données (GBDD) de la base de Kita et les superviseurs de proximité des équipes.

Tous les villages concernés par cette évaluation seront supervisés par un chef d'équipe, qui accompagnera les enquêteurs dans tous les villages. Il assurera le suivi et l'orientation des enquêteurs sur le terrain et la correction des éventuelles erreurs produites au cours des enquêtes. La GBDD travaillera en étroite collaboration avec les chefs d'équipes relative à la sécurité et à la qualité du travail sur le terrain. Chaque Agent enquêteur aura en possession d'un appareil pour la collecte des données. A la fin de chaque jour de collecte de données, une réflexion sera menée par les chefs d'équipe avec les enquêteurs pour capturer les points saillants des entretiens, les similarités, les différences.

#### 3.7.4. Rôles et Responsabilités pendant la collecte des données

##### *La Gestionnaire de Base de données*

- Faciliter et prendre le lead de l'enquête et la production de tableaux et graphiques.
- Recruter des enquêteurs sur la base de la liste dans la base de données et qui ont une bonne connaissance de la zone du projet
- Co-animer avec le chef de projet la formation des enquêteurs, pour la mission et sur les outils de collecte
- Assurer une communication permanente et coordonner avec les chefs d'équipe ;
- S'assurer que les participants à la mission sont informés sur les procédures sécuritaires et veiller à ce que chacun s'y conforme.

##### *Les chefs d'équipe*

- Coordonner et planifier le travail terrain avec les responsables communautaires
- Veiller à la sécurité pendant que les enquêteurs s'entretiennent avec les ménages
- Répartir les ménages à enquêter entre les enquêteurs ;
- Observer quotidiennement plusieurs séances d'administration des questionnaires, en particulier lors des premières phases du travail de terrain pour s'assurer que les enquêteurs suivent les instructions ;
- Contrôler la qualité des données en repérant les erreurs durant les interviews, en vérifiant que les questionnaires sont entièrement et correctement remplis et en vérifiant également que tous les enquêtés ont répondu aux questions ;
- Identifier les problèmes et compléter la formation en effectuant des sessions régulières de révision avec tous les enquêteurs ;
- Vérifier, corriger, resoumettre tous les questionnaires à problème remplis sur le terrain avant de quitter le village ;
- S'entretenir avec des Informateurs Clés pour collecter des données qualitatives et rédiger les rapports d'entretien ;
- Coordonner avec la GBDD en lui faisant remonter toute information pertinente.

##### *Les enquêteurs*

- Effectuer les interviews dans les ménages en utilisant les méthodologies de ciblage et les outils développés sous ODK et autres formats fournis par Action contre la Faim ;
- Obtenir le consentement des répondants pour être interviewés ;
- Remonter toute information pertinente du terrain pour les besoins d'analyse du contexte et du rapportage sur la mission ;
- Se conformer aux procédures de sécurités d'Action contre la Faim ;
- Faire une mise au point sur la journée avec les chefs d'équipe.



### 3.8. Traitement et analyse des données

#### 3.8.1. Saisie des données

Le questionnaire a été programmé sous ODK afin de minimiser les erreurs de saisies et les valeurs aberrantes, d'assurer l'exhaustivité et la logique des questions. Le format ODK a été exporté puis traité sous Excel afin de corriger les erreurs de saisie. La Coordination MEAL, a assuré le nettoyage des données collectées et les à organiser pour en faire une base de données.

#### 3.8.2. Analyse des données et production des résultats

Les données quantitatives générées par l'administration du questionnaire ménage analyses par sexe et âge, ont permis de produire des graphiques et tableaux ; croisements pertinents de variables susceptibles de permettre de renseigner le plus objectivement possible les indicateurs à renseigner.

Les données quantitatives ont été complétées par les données qualitatives issues des entretiens à travers des rapports d'entretien développés par les Chefs d'équipe et validés par la GBDD,

#### 3.8.3. Rapportage

Le premier draft du rapport a été produit par les Chefs de projet après la transmission de la base de données analysée, et transmis à la coordination Santé-Nutrition, EHA et MEAL pour validation

**Tableau 2 : Chronogramme**

	JUN												JUILLET												
DATES	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Collecte des données	■	■	■	■	■																				
Vérification, correction et envoi des données sur le serveur						■	■																		
Analyse et production des tableaux/graphiques								■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Rédaction rapport																		■	■	■	■	■	■	■	■

**Tableau 3 : Répartition des équipes pour la collecte des données : CAP INITIALE J3AH**

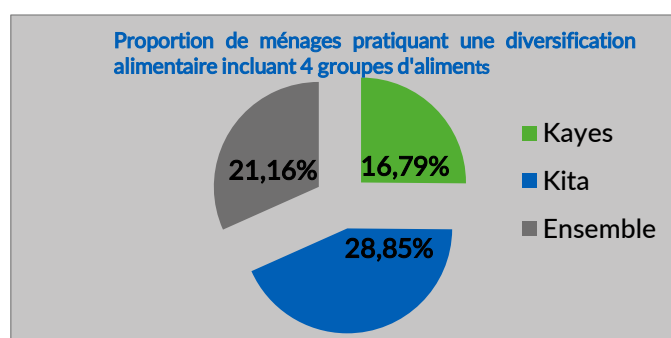
Equipes	Date	Aire de sante	Village	District	Numéro de Grappe	Pas de sondage	Population
<b>Equipe I</b>							
1er Jour	18/06/2018	Djidian	Konitonoma	Kita	22	22	1849
1er Jour	18/06/2018	Djidian	Djidian	Kita	21	46	3824
2eme jour	19/06/2018	Namala Guimbala	Bangassikoto	Kita	27	36	3028
2eme jour	19/06/2018	Namala Guimbala	Namala	Kita	28	38	3147
3eme jour	20/06/2018	Balandougou	Bassibougou	Kita	26	19	1602
3eme jour	20/06/2018	Sandiamougou	Makanakoto	Kita	29	62	5173
4eme jour	21/06/2018	Toukoto	Toukoto	Kita	25	52	4386
4eme jour	21/06/2018	Sourazan	Sourazan	Kita	30	25	2128
5e jour	22/06/2018	Boufofo	Boufofo	Kita	20	18	1537

#### 4. RÉSULTATS:

##### 4.1. PRATIQUES:

##### 4.1.1. Pratiques alimentaires :

**Figure 1 :** Proportion de ménages pratiquant une diversification alimentaire incluant 4 groupes d'aliments.

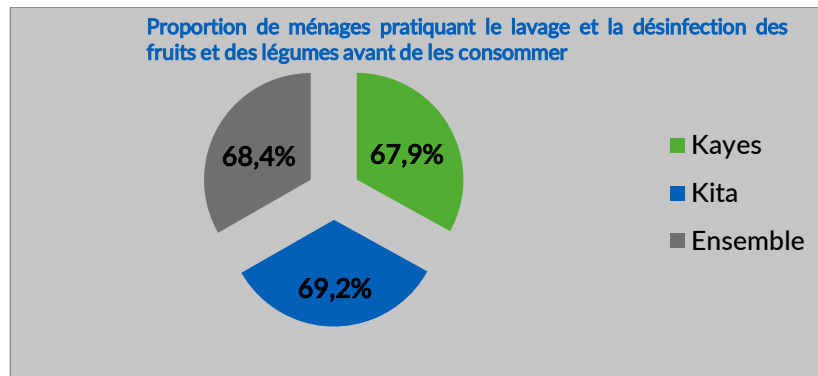


La diversification alimentaire est un élément clé dans la prévention de la malnutrition. Action Contre la Faim à travers d'autres financements appui la promotion des produits locaux à haute valeur nutritive.

Les résultats de la CAP initiale nous indiquent que **21.16%** des ménages de la zone d'intervention du projet consommaient un régime alimentaire équilibré. Cette proportion présente des disparités au niveau du cercle de Kita (28.85%) et au niveau du cercle de Kayes (16.79%).

Il ressort clairement qu'il faut encore renforcer et adapter la communication et les démonstrations culinaires en faveur de la consommation de régimes alimentaires équilibrés par les ménages.

**Figure 2 :** Proportion de ménages pratiquant le lavage et la désinfection des fruits et des légumes avant de les consommer.



La consommation des fruits frais et des légumes crus non lavés et désinfectés a des conséquences sur la santé en générale et constitue particulièrement un risque potentiel de maladies diarrhéiques dont l'une des conséquences est la malnutrition aiguë.

Action Contre la Faim agissant pour briser le cycle de la malnutrition, appui la promotion des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire au niveau du cercle de Kita depuis 2007 et au niveau du cercle de Kayes depuis 2016.

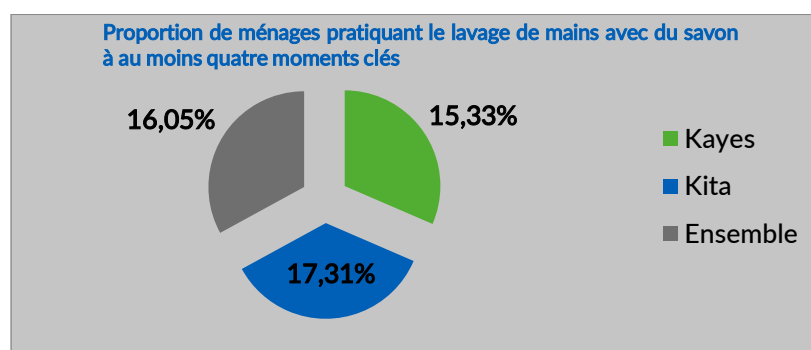
A Kayes, la majorité de la population est riveraine menant des activités de maraichage durant les 12 mois de l'année. La source d'approvisionnement en eau pour ces activités de maraichage est le fleuve.

Il ressort des résultats de l'enquête CAP initiale pour la mise en œuvre du nouveau projet financé le NAVARA que plus de la moitié (**68,4%**) des ménages prenait le soin de laver et de désinfecter les fruits et légumes avant de les consommer. Cette proportion des ménages se rapproche au niveau du cercle de Kita (69,2%) et au niveau du cercle de Kayes (67,9%).

**Figure** : Proportion des ménages selon le type des produits désinfectants utilisés (A analyser).

#### 4.1.2. Pratiques d'hygiène et d'assainissement:

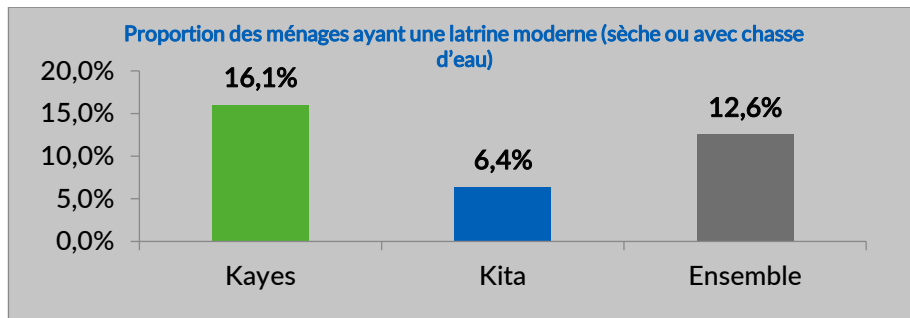
**Figure 3** : Proportion de ménages pratiquant le lavage de mains avec du savon à au moins quatre moments clés



Le lavage des mains au savon aux moments critiques est une barrière à la transmission des maladies liées à la main sale particulièrement les maladies diarrhéiques.

Selon les résultats de cette enquête CAP, **16,05%** des ménages se lavaient les mains avec du savon à au moins quatre moments clés. Cette proportion de ménages varie de 15,33% au niveau du cercle de Kayes à 17,31% au niveau du cercle de Kita.

**Figure4** : Proportion des ménages ayant une latrine moderne (sèche ou avec chasse d'eau)



La construction, l'utilisation et l'entretien des latrines permettent d'améliorer les conditions d'assainissement et de rompre la chaîne de transmission des maladies diarrhéiques par les vecteurs (mouches, cafards etc.).

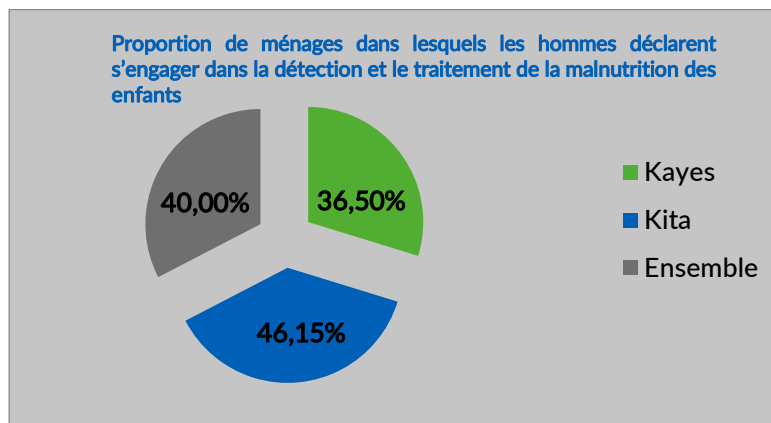
Au démarrage de ce projet financé par le NAVARRA, **12.6%** des ménages disposaient une latrine moderne.

Cependant cette proportion des ménages présente une grande disparité au niveau du cercle de Kayes (16.1%) et du cercle de Kita (6.4%).

La variation au niveau des deux cercles peut s'expliquer par les revenus des ménages qui sont beaucoup plus sûrs au niveau du cercle de Kayes à cause de l'appui des expatriés qu'au niveau du cercle de Kita.

#### 4.1.3. Pratiques en matière de Santé :

**Figure 5 :** Proportion de ménages dans lesquels les hommes déclarent s'engager dans la détection et le traitement de la malnutrition des enfants.

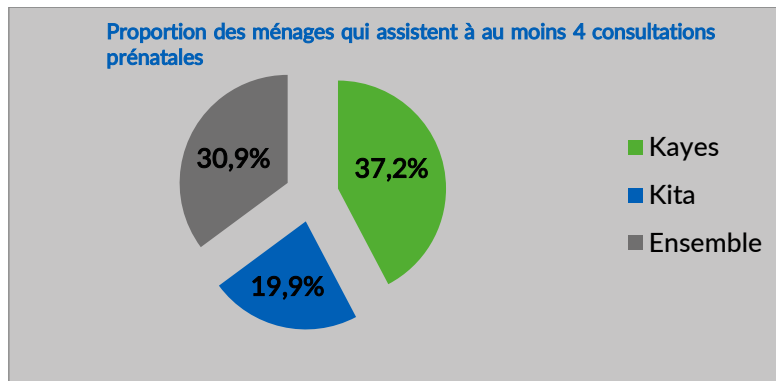


La prise de décision reste toujours du ressort de l'homme surtout s'il est le chef de ménage dans notre contexte. Le soutien des hommes à la prise en charge de la malnutrition est nécessaire pour un meilleur accès aux soins médico-nutritionnels (mise à disposition d'un moyen de déplacement ou paiement du transport aller/retour ou accompagnement du couple mère/enfant, le suivi du respect du rendez-vous etc.).

Les résultats de l'enquête nous enseignent que les hommes sont engagés dans la détection et la prise en charge de la malnutrition dans moins de la moitié (**40.00%**) des ménages interviewés.

Ce soutien des hommes est plus marqué au niveau du cercle de Kita (46.15%) qu'au niveau du cercle de Kayes (36.50%).

**Figure 6 :** Proportion des ménages qui assistent à au moins 4 consultations prénatales.



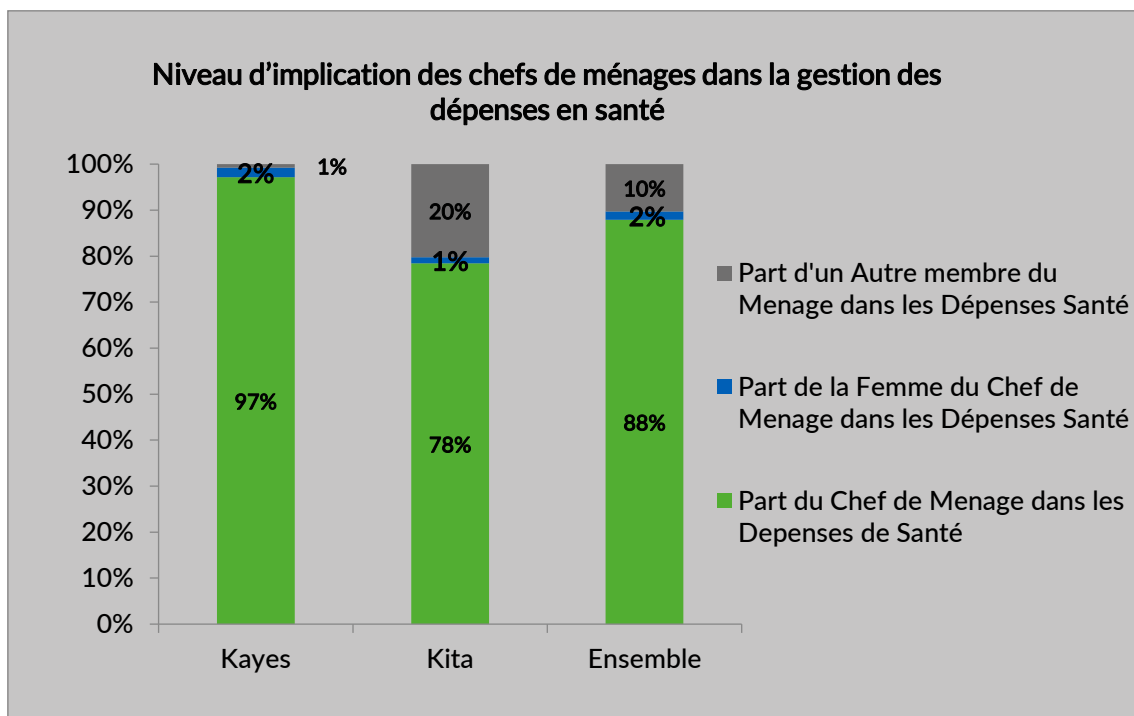
Les consultations prénatales (CPN) est un élément essentiel du paquet de l'approche 1000 jours. Elles constituent une opportunité de soins préventifs et curatifs pour la mère et l'enfant.

Au Mali, la femme enceinte doit bénéficier d'au moins quatre consultations prénatales reconnu comme norme « **CPN effective** ».

Au niveau des deux cercles (Kita et Kayes), **30,9%** des femmes enceintes ont réalisé au moins quatre CPN. Cependant les CPN sont plus effectives au niveau du cercle de Kayes (37,2%) qu'au niveau du cercle de Kita (19,9%).

Dans tous les cas, moins de la moitié des femmes enceintes ont réalisé la CPN effective. Dans la pratique, les ménages débutent tardivement les CPN.

**Figure 7 : Le Niveau d'implication des chefs de ménages dans la gestion des dépenses en santé.**



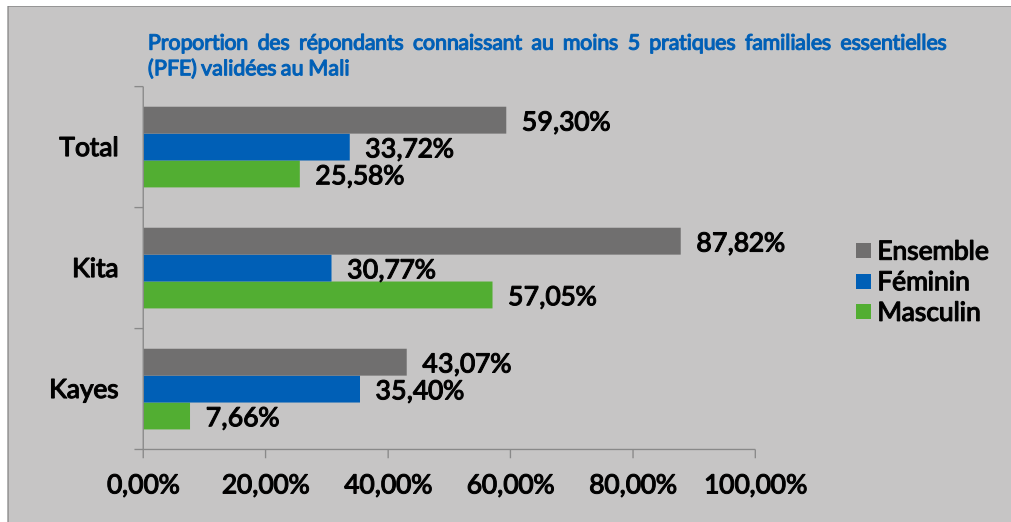
Le financement est pilier essentiel du système de santé. L'état fourni des efforts pour l'accès aux soins de santé en mettant à la disposition des patients des médicaments essentiels à moindre coût. Dans les ménages en milieu rurale surtout, les hommes ont plus de sources de revenu que les femmes. L'engagement des hommes chefs de ménage dans les dépenses de la santé est capital pour l'accès aux soins de santé par les membres des ménages.

Les dépenses de santé des membres des ménages sont prises en charge à hauteur de **88%** par les hommes chef de ménage au niveau des deux cercles. Les hommes chefs de ménages contribuent plus dans les dépenses de la santé au niveau du cercle de Kayes (97%) qu'au niveau du cercle de Kita (78%).

#### 4.2. CONNAISSANCES.

##### 4.2.1. Pratiques familiales essentielles.

**Figure 8** : Proportion des répondants connaissant au moins 5 pratiques familiales essentielles (PFE) validées au Mali.



Au Mali, treize pratiques familiales sont considérées comme essentielles que chaque ménage doit observer. De ce fait ces pratiques doivent être maîtrisées par les ménages.

Parmi les ménages interviewés, **59.30%** des avait une connaissance d'au moins cinq pratiques familiales essentielles dont **25.58%** des répondants étaient des hommes. Les hommes avaient une meilleure connaissance des pratiques familiales essentielles (57.05%) que les femmes (30.77%) au niveau du cercle de Kita. L'inverse a été observé au niveau du cercle de Kayes (7.66% pour les hommes contre 35.40% pour les femmes). Moins de la moitié des répondants (43.07%) connaissaient au moins cinq pratiques familiales essentielles au niveau du cercle de Kayes contre 87.82% au niveau du cercle de Kita.

Des efforts restent pour améliorer le niveau de connaissance des ménages par rapport aux pratiques familiales essentielles au niveau du cercle de Kayes.

##### 4.2.2. Hygiène alimentaire

**Figure** : Raisons/connaissances qui poussent les ménages à désinfecter les fruits et légumes avant de les consommer. (A analyser)

##### 4.2.3. Maladies dues aux mauvaises pratiques d'hygiène

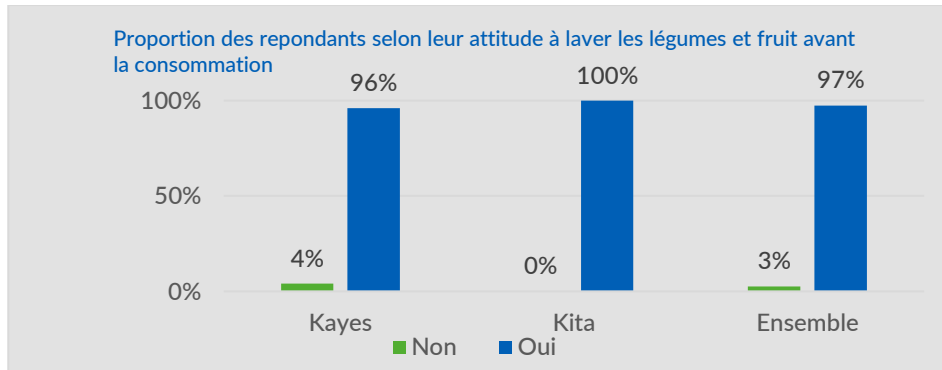
**Figure** : proportion des ménages connaissant au moins trois maladies/symptômes dus à la consommation d'une eau sale (A analyser).

**Figure** : Pourcentage des ménages connaissant les causes de la diarrhée. (A analyser)

### 4.3. ATTITUDES

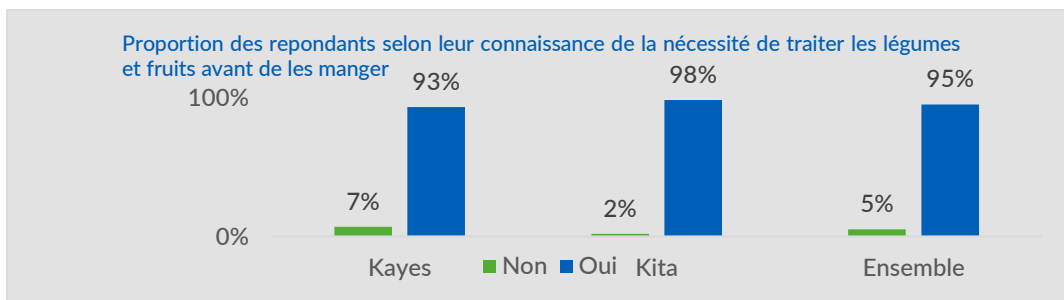
#### 4.3.1. Hygiène alimentaire

**Figure 9 :** Proportion des répondants affirmant le lavage des légumes et fruit avant la consommation



Les ménages estimaient qu'il était nécessaire de laver les légumes et les fruits avant de les consommer dans près de 100% des cas.

**Figure 10 :** proportion des ménages estimant qu'il est nécessaire de traiter les légumes et fruits avant de les consommer.



Près de cent pour cent des ménages interviewés estimait qu'il est nécessaire de traiter les légumes et les fruits avant de les consommer.

#### 4.3.2. Demande des soins de santé

**Figure :** Les raisons des irrégularités dans les rendez-vous pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans. (A analyser)

**Figure :** Proportion des ménages selon le type de soins devant la maladie de l'enfant. (A analyser)

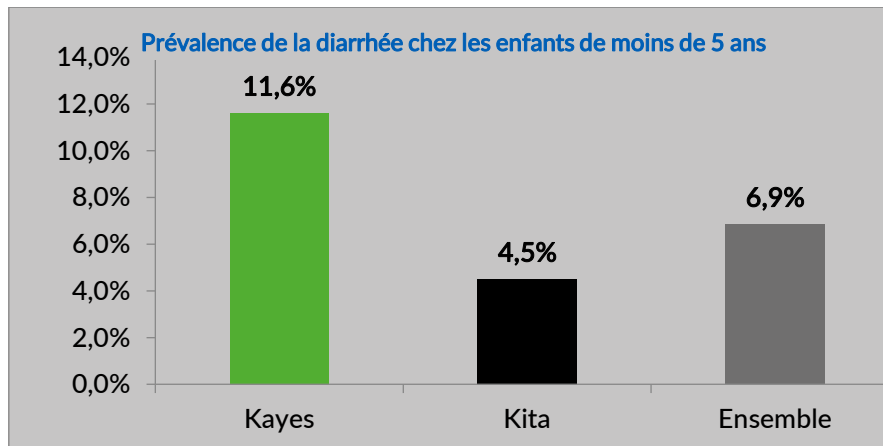
#### 4.3.3. MORBIDITE

**Figure :** Maladies/symptômes fréquents chez les enfants de moins de cinq ans. (A analyser)

**Figure :** Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois. (A analyser)

**Figure 11 :** Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans



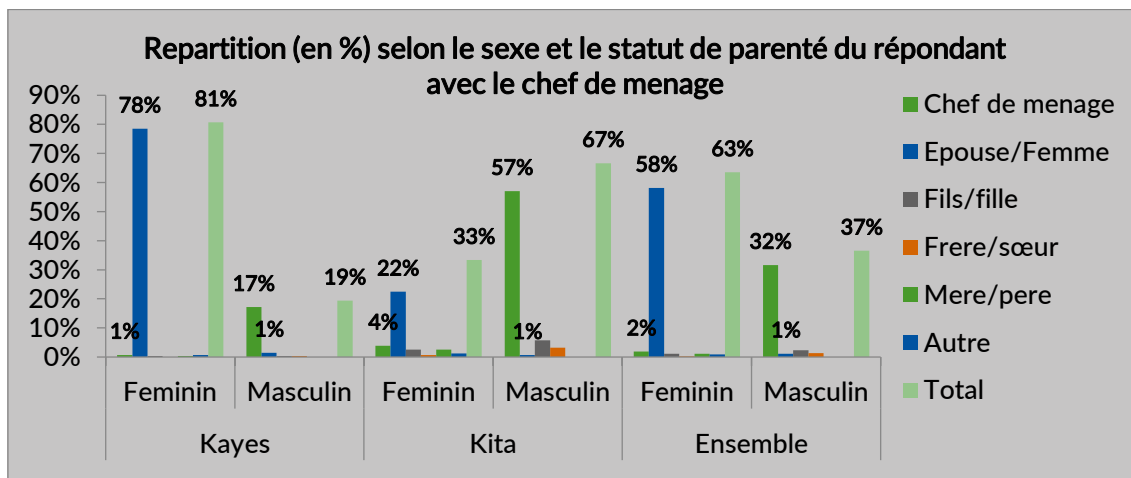


La malnutrition est l'une des conséquences de la diarrhée.

Moins du quart (6.9%) des enfants de moins de cinq ans avait développé une diarrhée dans les trois mois qui ont précédé l'enquête. La fréquence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans était plus élevée au niveau du cercle de Kayes (11.6%) qu'au niveau du cercle de Kita (4.5%). Dans le cercle de Kayes, la population est plus concentrée au bord du fleuve Sénégal avec une consommation permanente de l'eau du fleuve.

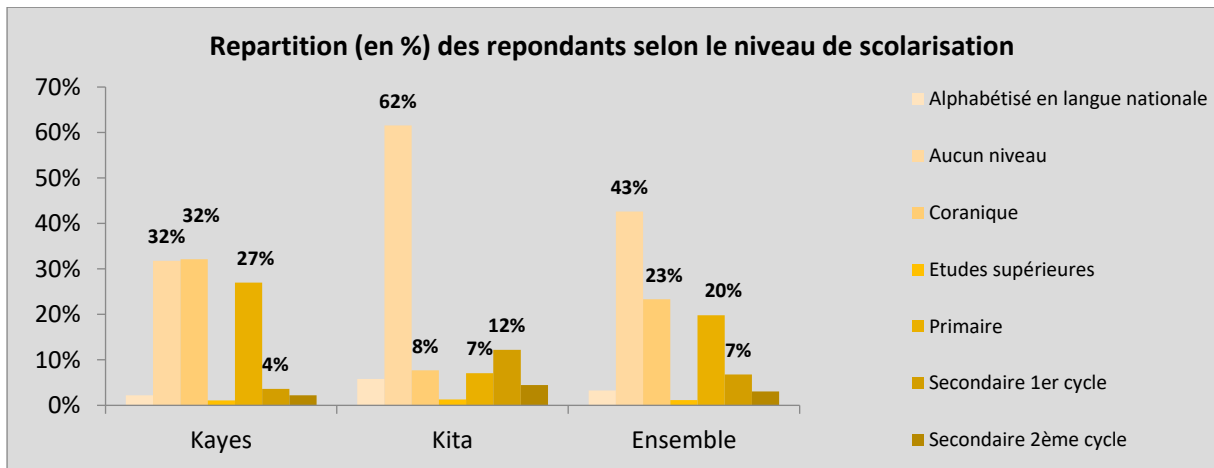
#### 4.4. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MENAGES.

Figure 12 : Répartition des personnes interviewées selon le sexe.



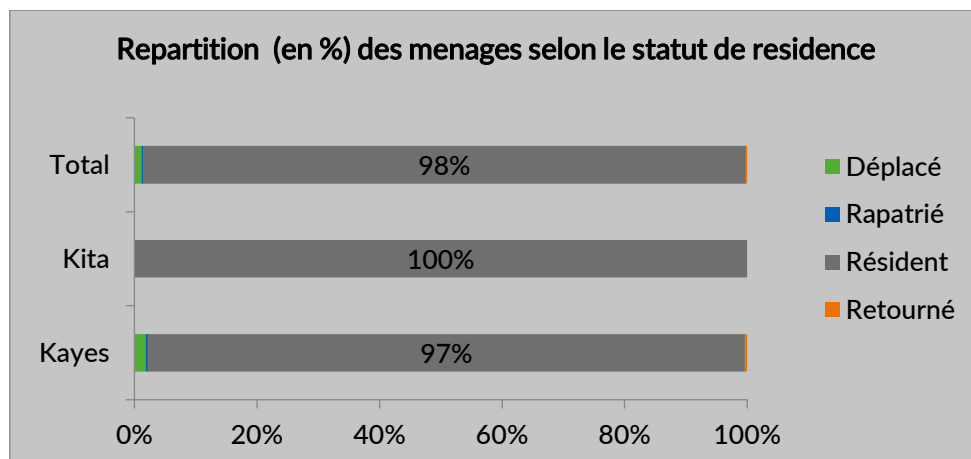
Parmi les personnes interviewées, 78% sont des femmes/épouses du chef de ménage au niveau du cercle de Kayes et 57% sont des hommes/chefs de ménages au niveau du cercle de Kita. Au niveau du cercle de Kayes, la plupart des hommes/chefs de ménages est en immigration. Ce qui fait qu'il y a eu moins d'hommes interviewés au niveau du cercle de Kayes.

Figure 13 : Répartition des personnes interviewées selon le niveau de scolarisation.



Plus de la moitié (62%) des répondants au questionnaire est analphabète au niveau du cercle de Kita contre 32% au niveau du cercle de Kayes.

**Figure 14 :** Répartition (en %) des ménages selon le statut de résidence



Parmi les ménages enquêtés, il y a des ménages déplacés et retournés au niveau du cercle de Kayes.

## 5. RECOMMANDATIONS

### 5.1. Accès à l'Eau, Hygiène et Assainissement

La priorité doit être de renforcer la sensibilisation en faveur du lavage des mains au savon pendant les moments critiques en particulier mais de façon générale la promotion de l'hygiène, de l'assainissement et l'adoption de bonnes pratiques, de comportements par nos cibles des communautés, nos stratégies de communication doivent permettre d'atteindre la maximum population.

Ainsi nous formulons les recommandations suivantes :

- Promouvoir l'utilisation des dispositifs locaux de lavage des mains au sein de la population ;
- Adapter nos canaux de communication à nos cibles en priorisant les thèmes sur le lavage des mains au savon et en utilisant les moyens de communication de masse locaux.
- Promouvoir le respect des règles d'hygiène autour des points d'eau et de transport de l'eau, de stockage et d'utilisation (adoption de bonnes pratiques d'approvisionnement en eau) ;

- Promouvoir la technique l'utilisation des produits de désinfection de l'eau (aquatabs) pour le traitement de l'eau de boisson afin d'améliorer sa qualité ;
- Orienter les activités de sensibilisation des équipes du projet sur l'utilisation correcte et l'entretien des latrines améliorées pour la gestion des excréta ;
- Renforcer l'évacuation hygiénique des matières fécales des bébés et des nourrissons ;
- Appuyer les programmes d'amélioration de la couverture et de l'accès à l'eau potable à travers les collectivités, la diaspora des migrants, etc. ;

Pour augmenter l'utilisation des latrines améliorées avec des dalles en béton mener également des activités de sensibilisation dans ce sens.

## 5.2. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et santé

La promotion et la mise en place des GSAN dans les villages pour sensibiliser le maximum de population sur :

L'allaitement maternel exclusif et des conditions de réussite de sa pratique ;

L'alimentation de l'enfant ainsi que de la femme enceinte et allaitante ;

Renforcer la sensibilisation de la population sur les maladies liées à l'eau et au manque d'hygiène

Renforcer la sensibilisation de la population sur la recherche précoce des soins dans les structures de santé pour la prise en charge des maladies surtout chez les enfants.

Appuyer davantage les activités de sensibilisation des ASC Sur les pratiques familiales essentielles

## 6. CONCLUSION

Les résultats de cette permettra aux équipes du projet de renforcer leur appui à la promotion des bonnes pratiques Familiales Essentielles au sein des populations cibles, des insuffisances dans l'application de ces pratiques ainsi que les barrières et les impacts en matière de changement de comportement.

Elle nous permet d'évaluer l'efficacité et la pertinence de nos moyens de communication utilisés jusque-là en matière de sensibilisation.

Elle permettra également d'analyser les résultats de cette enquête, qui nous permettra de revoir notre plan de communication prenant en compte les recommandations sus formulées.

**Annexe 1 : Questionnaire**

**Questionnaire enquête CAP INITIALE J3AH  
« Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes »**

**A. Présentation de la mission et de l'étude**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille au compte de l'ONG Action contre la Faim. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage dans le cadre d'une étude dont l'objectif est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de nutrition/santé et d'hygiène (alimentaires et corporelles) dans les districts sanitaires de Kayes et de Kita. Ces questions prennent environ 45 mn. Nous poserons quelques questions au chef du ménage, aux femmes enceintes ou allaitantes et aux mamans des enfants de moins de 5 ans. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est volontaire. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette évaluation car cela permettra de mieux connaître vos conditions de vie.

Vous êtes libre de vous retirer à tout moment de l'étude sans n'en subir aucune conséquence.

S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le-moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également suspendre l'interview à n'importe quel moment.

Avez-vous des questions à me poser ?

**B. Identification du ménage**

1.	Question	Modalités	Réponses
1.1.	Numéro de grappe		/ ___ / ___ /
1.2.	Numéro du questionnaire		/ ___ / ___ / ___ /
1.3.	Nom de l'enquêteur		.....
1.4.	Nom du superviseur		.....
1.5.	Date		/ ___ / ___ / ___ /
1.6.	Heure de début		..... / .....
1.7.	Région	KAYES	
1.8.	District Sanitaire	1. Kayes 2. Kita	/ ___ /
1.9.	Commune		.....
1.10.	Aire de Sante	1. Batama 2. Dialane 3. Diamou 4. Djinguilou 5. Khouloun 6. Lontou 7. Marintoumania 8. Niamiga 9. Saboucire Logo 10. Segala 11. Boudofo 12. Sandiambougou	/ ___ /

1.	Question	Modalités	Réponses
		13. Namala Guimbala 14. Djidjan 15. Balandougou 16. Souranzan (Mambiri) 17. Toukoto 18. Kourounikoto	
1.11.	Village/Hameau		.....
1.12.	Type de milieu de vie :	1. Urbain 2. Périurbain 3. Rural	/___/
1.13.	Nom et prénom du chef de ménage		.....
1.14.	Nom et prénom du répondant		.....
1.15.	Sexe du répondant	1. Masculin 2. Féminin	/___/
1.16.	Age du répondant	1. Age 2. Ne sait pas 99. Non déclaré	/___/
1.17.	Si Age		.....
1.18.	Statut matrimonial du ménage	1. Marié monogame 2. Marié polygame 3. Célibataire 4. Veuf (vé) 5. Divorcé(e)	/___/
1.19.	Statut de la personne interrogée (si différente du chef de ménage)	1. Epouse/Femme 2. Frère/sœur 3. Fils/fille 4. Mère/père 5. Autres 6. N/A (chef de ménage)	/___/
1.20.	Si autres à préciser		-----
1.21.	Niveau de scolarisation du répondant	1. Primaire 2. Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle 3. Secondaire 2 <sup>ème</sup> cycle 4. Etudes supérieures 5. Coranique 6. Alphabétisé en langue nationale	/___/
1.22.	Statut du ménage	1. Résident 2. Déplacé 3. Retourné 4. Réfugié 5. Rapatrié	/___/
1.23.	Groupe ethnique du chef du ménage	1. Malinké 2. Peulh 3. Kassonké 4. Bambara 5. Sarakolé 6. Autres	/___/
1.24.	Si autres à préciser		-----
1.25.	Profession principale du chef de ménage	1. Agriculteur	/___/

1.	Question	Modalités	Réponses
		2. Eleveur 3. Manœuvre, journalier, saisonnier 4. Artisan 5. Petit commerçant 6. Commerce à grande échelle 7. Autre	
1.26.	Si autres à préciser		-----
1.27.	Est-ce qu'une mère ou un donneur de soins des enfants de 0 -59 mois est présent ?	1. Oui 2. Non	/___/
1.28.	Nombre total des membres au sein du ménage (y compris le chef de ménage)		/___/___/
1.29.	Combien votre ménage compte-t-il de membres actifs ?		/___/___/
1.30.	Nombre d'enfant(s) (de moins de 14 ans) au sein du ménage	Total	/___/___/
		1.31. < 6 mois	/___/___/
		1.32. 6-23 mois	/___/___/
		1.33. 24 - 59 mois	/___/___/
		1.34. 5-14 ans	/___/___/
1.35.	Combien y a -t-il des femmes en âge de procréer (15 à 44 ans) au sein du ménage?		/_____/
1.36.	Combien y a-t-il de femmes enceintes et/ou allaitantes (FEFA) au sein de votre ménage?		/_____/

### C. Hygiène et maladies liées à l'eau et à l'assainissement

2.	Question	Modalité	Réponse
2.1	Pensez-vous qu'il est nécessaire de traiter les légumes et fruits avant de les manger ?	1. Oui 2. Non	/___/
2.2	Si Oui, pourquoi ?		.....
2.3	Lavez-vous les légumes et fruits avant de les manger ?	1. Oui 2. Non	/___/
2.4	Si Oui, avec quelle eau lavez-vous les légumes et fruits avant de les manger?	1. L'eau des bornes fontaines (AES/AEP) 2. L'eau de mare 3. L'eau de la pompe 4. L'eau des puits modernes 5. L'eau des puits traditionnels 6. L'eau de pluies 7. L'eau des puits améliorés à ciel ouvert 8. L'eau de rivière/fleuve	/___/

2.	Question	Modalité	Réponse
		9. Autres	
2.5	Si autres à préciser	-----	
2.6	Désinfectez-vous les légumes et fruits avant de les consommer ?	1. Oui 2. Non	/___/
2.7	Si Oui, comment ?	1. Trempage dans l'eau javellisée puis rinçage 2. Rinçage simple à l'eau 3. Autres	/___/
2.8	Si autres à préciser	-----	
2.9	Si 1, quelle est la durée	1. - de 30 mn 2. 30mn ou plus 3. Ne sait pas	/___/
2.10	Si 1, quel est le dosage au javel	1 = 1 Capsule pour 10 litres d'eau 2 = 2 Capsules pour 10 litres d'eau 3 = 3 Capsule pour 10 litres d'eau 3 = Autres 4 Ne sait pas	/___/
4.1	Si autres à préciser		.....
4.2	Quand vous lavez-vous les mains ?  (ne pas citez les réponses, cochez les réponses qui sont données par le répondant)	1. Avant de cuisiner 2. Avant de manger 3. Avant de donner à manger aux enfants 4. Après la toilette / défécation 5. Après avoir nettoyé les fesses des bébés 6. En rentrant des champs ou de la ville 7. Je ne me lave pas les mains 8. Autre	1. /___/ 2. /___/ 3. /___/ 4. /___/ 5. /___/ 6. /___/ 7. /___/ 8. /___/
4.3	Si autres à préciser		.....
4.4	Avec quoi vous lavez-vous les mains ?	1. Savon 2. Les cendres 3. L'eau seulement	/___/
4.5	De quels maladies/symptômes vos enfants de moins de 5 ans souffrent-ils le plus souvent ? (plusieurs choix possibles)	1. Paludisme 2. Diarrhée/Dysenterie 3. Rhume 4. Fièvre 5. Galle 6. Toux 7. Autre 8. Ne sait pas	1. /___/ 2. /___/ 3. /___/ 4. /___/ 5. /___/ 6. /___/ 7. /___/
4.6	Si autre à préciser		.....

2.	Question	Modalité	Réponse
	<p>4.7 D'après vous, comment peut-on attraper la diarrhée ou la dysenterie ?</p> <p><i>(Ne pas citer les propositions, plusieurs réponses possibles)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En buvant de l'eau contaminée</li> <li>2. En mettant à la bouche des mains sales</li> <li>3. En utilisant les toilettes sales</li> <li>4. De ne pas lavez les mains</li> <li>5. En mangeant des aliments contaminés</li> <li>6. Contact simple avec les excréments</li> <li>7. Par l'air</li> <li>8. En mangeant de nourriture pas cuits</li> <li>9. Malédiction</li> <li>10. Ne sait pas</li> <li>11. Autre</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. /___/</li> <li>2. /___/</li> <li>3. /___/</li> <li>4. /___/</li> <li>5. /___/</li> <li>6. /___/</li> <li>7. /___/</li> <li>8. /___/</li> <li>9. /___/</li> <li>10. /___/</li> <li>11. /___/</li> </ol>
	4.8 Si autre à préciser		.....
	<p>4.9 Comment se protéger contre ces maladies (diarrhée et dysenterie) et que faites-vous ?</p> <p><i>(Ne pas citer les propositions, plusieurs réponses possibles)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eau propre</li> <li>2. Utiliser les latrines</li> <li>3. Traiter l'eau</li> <li>4. Laver légumes/fruits</li> <li>5. Bien cuire les aliments</li> <li>6. Hygiène corporelle</li> <li>7. Se laver les mains au savon</li> <li>8. Autre</li> <li>9. Ne sait pas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. /___/</li> <li>2. /___/</li> <li>3. /___/</li> <li>4. /___/</li> <li>5. /___/</li> <li>6. /___/</li> <li>7. /___/</li> <li>8. /___/</li> </ol>
	4.10 Si autres à préciser		.....
	4.11 Connaissez-vous quelques maladies dues à une consommation d'une eau sale ou à une mauvaise hygiène ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ol>	/___/
	<p>4.12 Pouvez-vous nous citer des maladies (ou symptômes) liées à l'eau?</p> <p><i>(Ne pas citer les propositions, plusieurs choix possibles)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diarrhée</li> <li>2. Dysenterie</li> <li>3. Fièvre typhoïde</li> <li>4. Choléra</li> <li>5. Bilharziose</li> <li>6. Vers intestinaux</li> <li>7. mal au ventre</li> <li>8. Autre</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. /___/</li> <li>2. /___/</li> <li>3. /___/</li> <li>4. /___/</li> <li>5. /___/</li> <li>6. /___/</li> <li>7. /___/</li> <li>8. /___/</li> </ol>
	4.13 Si autre à préciser		.....
	4.14 Un enfant de moins de 5 ans vivant dans votre ménage a-t-il connu des épisodes de selles molles ou liquides au cours des deux dernières semaines ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> <li>3. Ne sait pas</li> </ol>	/___/
	4.15 Si la réponse est "oui", combien d'enfants ont connu des épisodes de selles molles ou liquides?		.....



2.	Question	Modalité	Réponse
4.16	Si la réponse est "oui, combien de ces enfants ont eu plus de 3 selles en une seule journée ?		/___/
4.17	Si votre nourrisson émet ou votre jeune enfant veut émettre des matières fécales, comment procédez-vous ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisation de pot hygiénique puis la latrine</li> <li>2. Défécation sur le sol puis les matières fécales sont jetées dans les ordures</li> <li>3. Défécation sur le sol puis les matières fécales sont jetées dans la latrine</li> <li>4. Autre</li> </ol>	/___/
4.18	Si autre à préciser		.....
4.19	De quel type de latrine votre ménage dispose ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traditionnelle (fosse non protégée, dalle en bois ou pierre, superstructure en bois/banco)</li> <li>2. Latrine traditionnelle améliorée (fosse non bétonnée, dalle en béton, superstructure en ciment)</li> <li>3. Latrine moderne avec chasse d'eau</li> <li>4. Latrine moderne sèche avec fosse bétonnée et non ventilée</li> <li>5. Latrine moderne sèche avec fosse bétonnée ventilée</li> <li>6. Autre</li> </ol>	/___/
4.20	Si autres à préciser		.....
4.21	Si le ménage a une latrine, observez si	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La latrine est propre</li> <li>2. La latrine est sale</li> <li>3. Pas de couvercle</li> <li>4. Présence d'un couvercle, mais non utilisé</li> </ol>	 /___/ /___/ /___/ /___/
4.22	Si pas de latrines, comment vous gérez vos besoins liés à la latrine ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisation de la latrine du voisin</li> <li>2. Défécation à air libre</li> <li>3. Utilisation des latrines publiques</li> </ol>	/___/
4.23	Que faites-vous habituellement quand votre enfant tombe malade ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je l'emmène dans la structure de santé la plus proche</li> <li>2. Je l'emmène chez le Tradithérapeutes</li> <li>3. Autres</li> <li>4. Ne sait pas</li> </ol>	/___/
4.24	Si autres à préciser		.....
4.25	Quelles sont les maladies liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement que vous rencontrez fréquemment ? (Mettre 1,2, ou 3 devant la maladie par ordre de fréquence élevée)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choléra</li> <li>2. Fièvre typhoïde</li> <li>3. Ver de guinée</li> <li>4. Dysenterie</li> <li>5. Diarrhée</li> <li>6. Paludisme</li> <li>7. Autres</li> <li>8. Ne sait pas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. /___/</li> <li>2. /___/</li> <li>3. /___/</li> <li>4. /___/</li> <li>5. /___/</li> <li>6. /___/</li> <li>7. /___/</li> </ol>

2.	Question	Modalité	Réponse
4.26	Si autres à préciser		.....
4.27	Quelle est votre source d'information sur l'hygiène des aliments ?	1. Agents de santé 2. Relais communautaires 3. Aucune 4. Autres	/___/
4.28	Si autres à préciser		.....

#### D. Malnutrition

3.1	Y a-t-il un enfant âgé de 6 à 59 mois dans le ménage ?	1. Oui 2. Non	/___/
3.2	Si oui, votre enfant de 6 à 59 mois a-t-il souffert de la malnutrition dans les six derniers mois avant l'enquête ?	3. Oui 4. Non 5. Ne sait pas	/___/
3.3	Si oui, à quelle occasion votre enfant a été déclaré malnutri ?	1. Recherche de soins au centre de santé (CSCoM) 2. Dépistage actif par le relais 3. Consultation curative chez l'ASC 4. Dépistage sur demande du ménage 5. Autres 6. Ne sait pas	/___/
3.4	Si autres à préciser		.....
3.5	Si oui, votre enfant souffrait de quelle forme de malnutrition aigüe ?	1. Malnutrition aigüe modérée 2. Malnutrition aigüe sévère 3. Ne sait pas	/___/
3.6	Si votre enfant a été admis dans le programme ; comment était organisé le suivi ?	1. Chaque semaine 2. Toutes les deux semaines 3. Autre 4. Ne sait pas	/___/
3.7	Si autres à préciser		.....
3.8	Si votre enfant a été admis dans le programme ; avez-vous respecté les rendez-vous jusqu'à la guérison de votre enfant ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/___/
3.9	Si Non Pourquoi ?	1. Longue distance (Unité PEC à plus de 5 Km du village) 2. Longue distance (Unité PEC à moins de 5 Km du village) 3. Manque d'accompagnant 4. Moyen de déplacement non disponible le jour du suivi 5. Voyage 6. Décès de l'enfant 7. Autre	/___/
3.10	Si autres à préciser		.....

<b>3.11</b> Si oui, quel a été votre soutien	1. Frais de transport en commun de l'accompagnant 2. La disponibilité de la moto plus le carburant 3. Accompagnement du couple mère/enfant au centre de santé 4. Autre	/___/
<b>3.12</b> Si autres à préciser		.....
<b>3.13</b> Dans votre ménage, les hommes participent-ils à la détection de la malnutrition des enfants ?	1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas	/___/
<b>3.14</b> Selon vous quelles sont les règles d'utilisation de l'ATPE (Plumpy NUT) ?	1. Se laver les mains avant de manipuler l'ATPE 2. Allaiter avant de donner l'ATPE 3. Donner de l'eau potable à l'enfant au moment de la prise de l'ATPE 4. Ne pas partager l'ATPE avec les autres personnes du ménage 5. Donner à l'enfant le nombre de sachet comme prévu par l'agent de santé 6. Autre 7. Ne sait pas	1. /___/ 2. /___/ 3. /___/ 4. /___/ 5. /___/ 6. /___/
<b>3.15</b> Si autres à préciser		.....
<b>3.16</b> Comment reconnaît-on qu'un enfant est malnutri aigu ?	1. Maigreux 2. Saillie visible des os sous la peau 3. Œdèmes des membres ou généralisés 4. Ne sait pas 5. Autre <input type="checkbox"/>	1. /___/ 2. /___/ 3. /___/ 4. /___/ 5. /___/
<b>3.17</b> Si autres à préciser		.....
<b>3.18</b> Comment recherche-t-on la malnutrition chez les enfants ?	1. Mesure du PB 2. Mesure de la taille et du poids 3. Recherche des œdèmes nutritionnels 4. Autre 5. Ne sait pas	1. /___/ 2. /___/ 3. /___/ 4. /___/
<b>3.19</b> Si autres à préciser		.....

### E. Groupes d'aliments

<b>4.1</b> A présent, j'aimerais vous demander quels sont les types d'aliments que vous ou quelqu'un d'autre dans le	a. Céréales et graines b. Racines et tubercules c. Légumineuses	a. /___/ b. /___/ c. /___/ d. /___/
--	---	--

<p>ménage avez mangés hier pendant la journée et à la nuit.</p> <p><i>Pour chaque groupe d'aliments, lire la liste des aliments qui le composent ci-dessous. Mettre un 1 si quelqu'un dans le ménage a mangé l'aliment en question, mettre un 0 si personne dans le ménage n'a mangé l'aliment en question</i></p>	<p>d. Végétaux riches en vitamine e. Légumes verts f. Autres légumes g. Fruits riches en vitamine A h. Autres fruits i. Viande j. Foie, reins, coeur et/ou autres organes k. Poisson/Fruits de la mer l. Œufs m. Laits et produits laitiers n. Huile/graisse/beurre o. Sucre ou sucreries p. Epices / condiments</p>	<p>e. /____/ f. /____/ g. /____/ h. /____/ i. /____/ j. /____/ k. /____/ l. /____/ m. /____/ n. /____/ o. /____/ p. /____/</p>
<p>a. <b>Céréales et graines</b> : Sorgho, crème de sorgho, couscous de sorgho, mil (petit mil, brisure, farine), crème de mil/dégué, couscous de mil, tô (à base de céréales), maïs (brisure ou farine), maïs grillé doux, fonio, riz, pâtes alimentaires (macaronis, etc.), blé, pain, « pâte » de mil/de blé, farini (de blé), galettes de mil/de riz (non sucré), bouillie de maïs/de mil, beignets de mil/ de maïs/de riz (non sucré)</p> <p>b. <b>Racines et tubercules</b> : Patate douce blanche, pomme de terre, manioc, taro, banane plantain (aloco), ignames, racines de rônier, tô à base de patates douces blanches</p> <p>c. <b>Légumineuses</b> : Haricots (niébé), fari, pois de terre/woandzou, pois chiches, lentilles, graine de nénuphar, autres légumes secs, arachide (en pâte ou nature), sésame, noix sauvages, pois sucrés, datou ou soubala (en grande quantité pour sauce)</p> <p>d. <b>Végétaux riches en vitamine A</b> : Carotte, poivron rouge, patate douce à chair orange, courge à chair orange (tô de courge à chair orange), tô à base de patates douces à chair orange</p> <p>e. <b>Légumes verts</b> : Feuilles d'oseille (dah), feuilles de baobab, feuilles de courge, feuilles de lélé, feuilles d'échalote verte foncée, feuilles d'oignon frais, feuilles de jaxatou (goyo), feuilles de haricot, m'poron, feuilles de patates, épinards, toutes feuilles sauvages vertes foncées</p> <p>f. <b>Autres légumes</b> : Tomates fraîches, gombo frais ou sec, aubergines, aubergines locales (jaxatus ou goïo), courgettes, concombres, choux, oignons, échalote fraîche, poivrons verts, haricots verts, betteraves, fleurs de kapokié, laitue (salade)</p> <p>g. <b>Fruits riches en vitamine A</b> : Mangue, papaye, melon à chair orange, néré/poudre de néré</p> <p>h. <b>Autres fruits</b> : Banane, goyave, pastèque, orange, citron, dattes, jujube, fruits sauvages ("raisin"/bembé, pain de singe/fruit de baobab), « dattes » sauvages (zéguené/mono), pulpe de karité, fruit de liane, chair de fruit de rônier, dana, oumbouré, tabanoro, tabakoumba, dramo, béré, yiriba-den, sounsoun, ananas, avocats Jus de fruits frais (fruits pressés), jus de fruit de prunier, gel de raisin</p> <p>i. <b>Viande</b> : Bœuf, mouton, chèvre, lapin, viande de brousse, poulet, pintades, oiseaux, gazelle, canard, varan, tortue, insectes, chenilles/vers, rats sauvages, agoutis, écureuils, perdrix, serpent, souris, phacochères, biches</p> <p>j. <b>Foie, reins, coeur et/ou autres organes</b></p> <p>k. <b>Poisson/Fruits de la mer</b> : Poisson frais, fumé, salé, séché (sauf pincée de poudre), conserves (sardines, thon)</p> <p>l. <b>Œufs</b> : Œufs de poule, de pintade, de canard...</p> <p>m. <b>Laits et produits laitiers</b> : Lait frais, lait en poudre, lait concentré (sucré ou non), lait caillé naturel, yaourt</p> <p>n. <b>Huile/graisse/beurre</b> : Huile végétale (arachide, de sésame, de coco, etc. - pour sauces, assaisonnements, fritures...), beurre/huile de karité, beurre de vache (sirimé), graisses animales/végétales/margarine, mayonnaise</p> <p>o. <b>Sucre ou sucreries</b> : Sucre en poudre ou en morceaux (dans le thé, café, bouillie...), boissons sucrées (boisson gazeuse/sucrerie, bissap, jus de gingembre, jus de feuilles ou de fruits de tamarin sucré, jus de fruit de pain de singe, citronnelle), vin de palme (bandji), miel, confiture, bonbons, beignets/galettes sucrées, biscuits sucrés</p> <p>p. <b>Epices / condiments</b> : piment, poivre, vinaigre, ail, sachet d'épices, sel, cube Maggi, Maggi blanc, laurier, tomate concentrée, condiment à base d'oseille (graine/datou, feuilles ou pulpe/dah-sogo), condiment à base d'oignon ou de feuilles d'oignon séchée/transformatée ou d'échalotes séchées, « potasse », condiment à base de racines de navet, condiment à base de soja, Petite quantité de poudre de poisson, de poudre de gombo, de feuille de baobab sèche, de poivron, de poudre de lélé, nanogonifing, de soubala Thé, café, chikoré, choukolan, kinkeliba, jus de feuille ou de fruit de tamarin non sucré</p>		

## F. Pratiques Familiales Essentielles

<p><b>5.1 Parmi les 13 pratiques familiales essentielles retenues par le Mali quelles sont celles vous connaissez ?</b></p> <p><i>(Ne pas citer les propositions, cochez les réponses données)</i></p>	1. Le ménage fait vacciner complètement les enfants avant un an et leur fait administrer la vitamine A tous les 6 mois jusqu' à 59 mois	1. /___/
	2. Les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes dorment toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MILD)	2. /___/
	3. Les femmes enceintes utilisent les services de CPN et de CPON (après accouchement)	3. /___/
	4. Les hommes et les femmes du ménage pratiquent au moins une mesure de prévention du VIH-SIDA	4. /___/
	5. Le ménage pratique les mesures d'espacement de naissance	5. /___/
	6. Les mères allaitantes pratiquent l'allaitement exclusif (AE) jusqu'à 6 mois et donnent les aliments complémentaires aux enfants à partir de 6 mois révolus	6. /___/
	7. Le ménage consomme le sel iodé	7. /___/
	8. les membres du ménage utilisent et entretiennent les latrines	8. /___/
	9. Le ménage consomme de l'eau potable	9. /___/
	10. Les membres du ménage se lavent les mains au savon après les toilettes, avant de manger et de donner à manger aux enfants	10. /___/
	11. Les ménages font enregistrer les enfants à l'état civil dès la naissance	11. /___/
	12. Le ménage inscrit les enfants (garçons et filles) d'âge scolaire à l'école	12. /___/
	13. Les parents donnent une alimentation complémentaire aux jeunes enfants	13. /___/

## G. Santé de la reproduction

<p><b>6.1</b> Durant la dernière grossesse combien de fois avez-vous accompagné votre femme au centre de santé pour la consultation prénatale ?</p>	0. Zéro fois	/___/
	1. 1 fois	
	2. 2 fois	
	3. 3 fois	
	4. 4 fois ou plus	
5. Ne sait pas		
<p><b>6.2</b> Lorsque vous avez été pour la CPN, quel traitement préventif vous a-t-on donné ? (Enumérer les réponses et cochez le nombre de réponses donnés)</p>	1. Fer + Acide Folique	1. /___/
	2. Moustiquaire	2. /___/
	3. Vaccin VAT	3. /___/
	4. TPI	4. /___/
	5. Déparasitage	5. /___/
	6. Ne sait pas	6. /___/
	7. Pas de réponse	7. /___/

7.1. Avez-vous des remarques, des commentaires à nous adresser ?	
--	--

*Remercier l'enquêté et mettre fin à l'entretien.*

7.2. Heure de fin	...../.....
7.3. Date et Signature de l'enquêteur	
7.4. Date et Signature du superviseur	
7.5. Coordonnées GPS	

## GUIDE D'ENTRETIEN POUR INFORMATEUR CLE

Numéro fiche: ..... Date de l'enquête : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018

District Sanitaire : ..... Aire de santé : ..... Village : .....

Nom et Prénom de l'enquêté : .....

Fonction : ..... Numéro de contact : .....

### **Assainissement :**

Comment se fait la gestion des eaux usées dans votre village ?

Que pensez-vous de l'utilité des latrines/W.C dans une maison ?

Quelles sont les conséquences liées à l'absence de latrine/W.C dans les maisons ?

Que suggérez-vous pour améliorer la situation au besoin ?

### **Malnutrition**

Dans votre village, les hommes sont-ils engagés dans la détection et dans le traitement de la malnutrition des enfants ? Si oui, comment ?

### **Maladies liés à l'eau**

Quelles sont les maladies liées à l'eau les plus présentes dans votre village ? Comment les éviter ?

### **Autres**

Quels sont les problèmes les plus pressants dans votre communauté ?

## RAPPORT DE FOCUS GROUP DISCUSSION

### Implication des Chefs de ménages dans les dépenses de santé

« Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes »

Financé par le bailleur Gobierno de Navarra



## Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	36
II.	ANALYSE DES ENTREVUES DE GROUPE .....	36
2.1.	PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSES DU MENAGE .....	36
2.2.	POIDS DES DEPENSES DE SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET .....	37
2.3.	MANIFESTATION DE L'IMPLICATION DES CHEFS DE MENAGES DANS LES DEPENSES DE SANTE.....	37
2.4.	PARTICIPATION DES FEMMES AUX DEPENSES DE SANTE DU MENAGE ..	38
III.	CONCLUSION.....	38

## **I. INTRODUCTION**

Dans le cadre de la mise en œuvre du « Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes » financé par GOBIERNO DE NAVARRA, Action Contre la Faim s'est donnée comme objectif d'apprécier de manière objective les connaissances, attitudes et pratiques des ménages bénéficiaires des districts sanitaires de Kita et Kayes en matière de santé, nutrition, eau, hygiène et assainissement avant le début du projet. Ceci permettra de fixer de valeurs de références aux indicateurs de performance du projet.

En plus de l'administration d'un questionnaire ménage et d'un guide d'entretien qualitatif auprès des informateurs clés (maire, chef de village, directeur technique du centre de santé), l'équipe projet a choisi d'approfondir les résultats obtenus par l'organisation de focus groups visant à faire émerger l'expérience des ménages bénéficiaires sur l'implication des chefs de ménages dans les dépenses de santé.

Le présent rapport résume les principales perceptions des répondants sur l'implication des ménages dans les dépenses de santé et la matérialisation concrète de cette implication au regard de quatre thématiques : (i) les principaux postes de dépenses du ménage, (ii) le poids des dépenses de santé par rapport au budget du ménage, (iii) la manifestation de l'implication des chefs de ménages dans les dépenses de santé, et (iv) la participation des femmes aux dépenses de santé du ménage.

## **II. ANALYSE DES ENTREVUES DE GROUPE**

Les focus groups effectués par les agents de collecte de données ont permis de recueillir un ensemble d'informations et d'appréciations qualitatives de la part de plusieurs membres de ménages des communautés vivant dans les communes d'intervention du « Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes ».

La méthodologie employée a consisté, tout d'abord, en un rappel des objectifs de la mission et le caractère volontaire, confidentiel et anonyme pour la participation à la collecte de données. Par la suite, treize focus groups ont été organisés : dont cinq à Kayes (deux focus groups femmes et trois focus groups hommes) et huit à Kita (cinq focus groups femmes et trois focus groups homme). Les groupes des discussions sont composés de 8 à 12 personnes. Chaque répondant a exprimé son consentement avant de participer à la collecte de données.

Les résultats, obtenus à la suite d'une analyse de contenu, sont présentés par thématique : (i) les principaux postes de dépenses du ménage, (ii) le poids des dépenses de santé par rapport au budget du ménage, (iii) la manifestation de l'implication des chefs de ménages dans les dépenses de santé, et (iv) la participation des femmes aux dépenses de santé du ménage.

### **2.1. PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSES DU MENAGE**

Les répondants se sont tout d'abord prononcés sur leur connaissance des domaines d'interventions humanitaires d'Action Contre la Faim, ainsi que sur l'objectif visé par la mise en œuvre de ces dernières. Quel que soit la région, il y a une quasi-unanimité sur les principaux postes de dépenses du ménage par ordre de prédominance :

- ✓ Alimentaire : 33% du budget total du ménage ;

- ✓ Santé (médicaments, consultation médicale) : 25% du budget total du ménage ;
- ✓ Education (frais de scolarité, fournitures scolaires, cotisations APE) : 14% du budget total du ménage ;
- ✓ Hygiène (Savons, pâte dentifrice, cure-dents, chlore et autres produits d'hygiène) : 9% du budget total du ménage ;
- ✓ Besoins sociaux (Mariage, baptême, funérailles etc.) : 6% du budget total du ménage.

Par contre, ces postes de dépenses n'ont pas la même importance dans les deux districts sanitaires. Pour les participants aux focus groups du district sanitaire de Kita, les prédominances des principaux postes de dépenses sont :

- ✓ Alimentaire : 25% du budget total du ménage ;
- ✓ Santé (médicaments, consultation médicale) : 25% du budget total du ménage ;
- ✓ Education (frais de scolarité, fournitures scolaires, cotisations APE) : 13% du budget total du ménage ;
- ✓ Hygiène (Savons, pâte dentifrice, cure-dents, chlore et autres produits d'hygiène) : 10% du budget total du ménage ;
- ✓ Besoins sociaux (Mariage, baptême, funérailles etc.) : 10% du budget total du ménage.

Quant aux répondants des groupes de discussion du district sanitaire de Kayes, l'ordre d'importance des principaux postes de dépenses se présente comme suit :

- ✓ Alimentaire : 46% du budget total du ménage ;
- ✓ Santé (médicaments, consultation médicale) : 25% du budget total du ménage ;
- ✓ Education (frais de scolarité, fournitures scolaires, cotisations APE) : 15% du budget total du ménage ;
- ✓ Hygiène (Savons, pâte dentifrice, cure-dents, chlore et autres produits d'hygiène) : 8% du budget total du ménage ;
- ✓ Biens non alimentaires (Ustensiles de cuisine, vêtements, ameublement, bien de confort, électroménager, combustibles, carburant, téléphone, transport) : 3% du budget total du ménage.

## **2.2. POIDS DES DEPENSES DE SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET**

La plupart des participants ont exprimé que les dépenses de santé occupent une place de choix dans la structure des dépenses du ménage. Il ressort des entrevues de groupe que les dépenses en santé représentent le quart du budget total du ménage

Les répondants sont aussi généralement satisfaits l'appui qu'Action Contre la Faim leur apporte dans la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes dans leur localité.

## **2.3. MANIFESTATION DE L'IMPLICATION DES CHEFS DE MENAGES DANS LES DEPENSES DE SANTE**

Dans l'ensemble, une unanimité a été constatée pour ce qui est d'implication active des chefs de ménage dans les dépenses de santé du ménage.

Pour la plupart des participants aux groupes de discussion, les hommes participent aux dépenses de santé du ménage à hauteur de 80%. Et cette implication se matérialise par:

- ✓ L'achat des médicaments prescrits sur les ordonnances ;

- ✓ Le transport des malades du domicile vers les structures de santé ;
- ✓ Une assistance active aux malades en cas d'évacuation sanitaire ;
- ✓ Le paiement des frais de carburant ;
- ✓ Un accompagnement des malades lors des visites médicales et/ou hospitalisation ;
- ✓ Une prise en charge quasi-totale des dépenses des santé : entre 80 et 100%.
- ✓ Un apport psychosocial aux membres du ménage malade.

#### **2.4. PARTICIPATION DES FEMMES AUX DEPENSES DE SANTE DU MENAGE**

La quasi-totalité des participants aux groupes de discussion ont rapporté une participation active des femmes aux dépenses de santé du ménage lorsque celle-ci possède les ressources financières.

Dans l'ensemble, cette participation des femmes aux dépenses de santé du ménage a été évaluée entre 2,5% et 10% des charges totales connexes. Pour les répondants, cette participation des femmes aux dépenses de santé du ménage est assez satisfaisante.

De plus, la participation des femmes est beaucoup plus d'ordre psychosocial que financier.

### **III. CONCLUSION**

Au terme de cette analyse des données de focus groups de discussions approfondissant l'enquête CAP Initiale réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de ménages bénéficiaires du « Projet de lutte contre la malnutrition dans les cercles de Kita et de Kayes », le concours de l'équipe projet et de la coordination technique est plus que jamais sollicité pour répondre aux préoccupations des répondants.

Etant donné que les changements de comportement induits par la mise en œuvre des activités de promotion de la santé, la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, sont généralement difficiles à percevoir à court terme, il convient de tirer les leçons apprises sur l'implication des chefs de ménages dans les dépenses de santé et de se les approprier afin d'améliorer davantage les actions futures au profit des populations vulnérables.

Enfin, nos remerciements les plus sincères vont à l'endroit des participants aux groupes de discussion pour leur engouement et leur disponibilité inconditionnelle : qu'ils reçoivent l'expression de notre profonde gratitude.