

Prévention du retard de croissance au Mali : Contribution des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) dans les régions de Sikasso et Mopti

Présenté par

Kadiatou Barry

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Nutrition Internationale

Directeur de mémoire : Sylvestre TAPSOBA

Le 18 octobre 2023

Devant le jury composé de :

Ekrame BOUBTANE Présidente

Maîtresse de conférences - Habilitée à diriger la recherche
Université Clermont-Auvergne

Pierre TRAISSAC Examineur

Ingénieur de recherche IRD Épidémiologie – Biostatistique
IRD UMR MoISA

Patrick THONNEAU Examineur

Directeur du département Santé
Université Senghor

Remerciements

Je remercie sincèrement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce Mémoire. Je pense particulièrement :

- au Docteur Pierre NGOM, Représentant Résident de l'UNICEF au Mali, pour m'avoir donnée l'opportunité de faire ce stage au sein de son institution ;
- au Docteur Sylvestre TAPSOBA, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire malgré toutes ses charges ;
- au Docteur Marietta MOUNKORO et Adam AHO, pour m'avoir assisté de la rédaction du protocole à la finalisation du mémoire ;
- aux Docteurs Léon Paul RABARIJAONA et Seydou Amara DICKO pour avoir été à mes côtés sur le terrain dans la région de Mopti ;
- au Docteur Harouna KONDE pour avoir été à mes côtés sur le terrain dans la région de Sikasso ;
- à Madame Fatoumata KI pour son accueil chaleureux au Mali et son soutien inconditionnel durant mon séjour de stage ;
- à tout le personnel des Bureaux de Bamako, Mopti et Sikasso de l'UNICEF Mali ;
- au Professeur Patrick TONNEAU, Directeur de Département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie pour ses efforts fournis pour la réussite de la 18^{ème} Promotion ;
- à Madame Magui ABDO, Assistante du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie, pour la bonne collaboration et la disponibilité à nous apporter tout le soutien nécessaire ;
- à tous les enseignants du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie ;
- à la 18^{ème} Promotion, pour la remarquable solidarité que vous manifestez chaque jour, et la fraternité remarquable ;
- à l'ensemble du personnel de l'Université Senghor d'Alexandrie.

Dédicace

Je dédie ce travail à ma défunte mère **DIALLO Ramatoulaye**, son amour et son affection pour moi, n'étaient un secret pour personne. Que Dieu ait pitié de son âme et que le paradis soit sa dernière demeure.

A mon père **BARRY Abdoul Karim**, qui durant toutes mes années d'études a été d'un soutien inconditionnel. Papa, je te remercie pour toutes ces années durant lesquelles tu t'es investi corps et âme pour que je réussisse mes études. Ce travail est le tien. Tu peux t'en glorifier.

A tous mes frères et sœurs, spécialement à ma grande sœur **BARRY Mariam Ciré** pour son amour maternel.

A toutes ces personnes ayant contribué à la réussite de ce travail.

Résumé

Introduction : le retard de croissance est la forme de malnutrition la plus répandue à l'échelle mondiale. Il entraîne des conséquences néfastes à court et à long terme. Les efforts visant à réduire ce retard de croissance reposent sur l'approche des 1000 jours, impliquant la mise en place d'activités communautaires multisectorielles. Au Mali, les activités communautaires multisectorielles visant à réduire le retard de croissance sont mises en place au niveau communautaire par les GSAN. L'objectif de notre étude était de contribuer à l'amélioration et à la pérennisation des actions entreprises par les GSAN en vue de prévenir le retard de croissance au Mali.

Méthodes : il s'agit d'une étude transversale descriptive mixte à composante qualitative et quantitative réalisée sur une période de 5 mois, au Mali. Les outils de collecte ont permis d'interroger au total 430 membres des GSAN, 25 acteurs institutionnels impliqués dans la mise en place et/ou la supervision des GSAN et 20 femmes enceintes et allaitantes bénéficiant des activités des GSAN. L'encodage et l'analyse ont été faits pour les données quantitatives par les logiciels Excel 2013, Epi-info 7.2 et SPSS. En ce qui concerne les données qualitatives, l'analyse a été faite avec le logiciel NVIVO 14.

Résultats : sur l'ensemble des membres de GSAN enquêtés, 70,47 % étaient des femmes et 29,43 % des hommes. L'âge moyen des acteurs était de $40,45 \pm 12,03$ ans avec des extrêmes de 16 à 75 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 30 à 40 ans non inclus avec une proportion de 33 %. Près de la moitié des GSAN, (46,5 %) étaient non scolarisés et 53 % étaient des agriculteurs/éleveurs. La quasi-totalité (95,3 %) des membres a suivi des formations avant de commencer à travailler. Les activités les plus couramment menées étaient les sensibilisations 100 % ; les visites à domicile 99,8 % ; le dépistage la MA 99,8 % ; les démonstrations nutritionnelles 97,6 % et l'assainissement collectif 48,8 %. Ils disposaient de supports de communication, de rapportage de données et d'autre équipements de travail tel que les matériaux de démonstration nutritionnelle. Le taux de supervision de leurs activités était relativement faible pour les acteurs gouvernementaux allant de 10,6 % au niveau central à 73 % au niveau CSCOM par rapport aux partenaires de mises en œuvre 97,6 %. Malgré quelques difficultés notées par toutes les catégories de cibles, les activités des GSAN sont bien perçues par les bénéficiaires et par les acteurs institutionnels.

Conclusion : notre recherche a permis de consigner les activités entreprises par les GSAN sur le terrain en vue de réduire le retard de croissance. En outre, les défis identifiés au cours de l'enquête nous ont fourni des éléments pour élaborer des recommandations en vue de l'expansion et de la durabilité des activités entreprises par les GSAN.

Mots-clefs

Démonstrations nutritionnelles, sensibilisation, malnutrition, communauté, multisectorielle

Abstract

Introduction: Stunting is the most prevalent form of malnutrition globally. It does have both short-term and long-term negative consequences. Efforts to address stunting are mainly based on the 1000-day approach, involving the implementation of multisectoral community activities. In Mali, multisectoral community activities aiming to reduce stunting are carried out at the operational level by GSAN. The aim of our study was to contribute to the improvement and sustainability of GSAN's initiatives in prevention of stunting in Mali.

Methods: This study used a mixed-methods approach and was conducted over a period of 5 months in Mali. Data collection tools were used to interview a total of 430 GSAN members, 25 institutional actors involved in the establishment and/or the supervision of GSAN, and 20 pregnant and lactating women benefiting from GSAN activities. Encoding and analysis for quantitative data were performed using Excel 2013, Epi-info 7.2, and SPSS. NVIVO 14 was used for qualitative data analysis.

Results: Among all surveyed GSAN members, 70.47% were women and 29.43% were men. The mean age of the actors was 40.45 ± 12.03 years, ranging from 16 to 75 years. The most represented age group was 30 to 40 years, excluding this range, with a proportion of 33%. Nearly half of the GSAN members (46.5%) had no formal education, and 53% were farmers/livestock keepers. Almost all (95.3%) had received training before starting their work. The most conducted activities were awareness campaigns (100%), home visits (99.8%), growth monitoring (99.8%), nutritional demonstrations (97.6%) and collective sanitation (48.8%). They had communication materials, data reporting tools, and other work equipment. The supervision rate was relatively low for government actors, ranging from (10.6%) at the central level to (73%) at the CSCOM level, compared to implementation partners (97.6%). Despite some challenges noted across all target categories, GSAN activities were well perceived by beneficiaries and institutional actors.

Conclusion: Our study documented the on-the-ground efforts undertaken by GSAN to address stunting. Overall, GSAN activities were well perceived by beneficiaries and institutional actors. The challenges identified during the survey have led to the formulation of recommendations aimed at expanding and maintaining GSAN's activities.

Key-words

Nutritional demonstrations, awareness, malnutrition, community, multisectoral

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **ACF** : Action Contre la Faim
- **ACOD** : Association Conseil pour le Développement
- **AGR** :
- **AMPRODE SAHEL** : Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'Environnement au Sahel
- **ANJE** : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
- **ANSP** : Projet de Partenariat de la Sécurité Nutritionnelle en Afrique
- **ASACO** : Association de Santé Communautaire
- **ASC** : Agent de Santé Communautaire
- **ATPC** : Assainissement Total Piloté par la Communauté
- **CEDEAO** : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
- **CPN** : Consultation Pré Natale
- **CPON** : Consultation Post Natale
- **CPS** : Chimio Prophylaxie Saisonnière
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- **DN** : Division de Nutrition
- **DNS** : Direction Nationale de la Santé
- **DRDS** : Direction Régionale du Développement Social
- **DRDSES** : Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
- **DRPFEF** : Direction Régionale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille
- **DRS** : Direction Régionale de la Santé
- **DTC** : Directeur Technique du Centre
- **EMOP** : Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages
- **EU** : Union Européenne
- **FAF** : Fer Acid Folique
- **FAO** : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
- **FIDA** : Fonds International de Développement Agricole
- **GAAS** : Groupe d'Animation Action au Sahel
- **GPS** : Géolocalisation Par Satellites
- **GSAN** : Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition
- **IGME** : Groupe Inter agence des Nations Unis pour l'estimation de la mortalité
- **INSTAT** : Institut National des Statistiques
- **JME** : Joint Child Malnutrition Estimates
- **JMP** : Joint Monitoring Programme
- **MA** : Malnutrition Aigue
- **MAG** : Malnutrition Aiguë Globale
- **MODA** : Multiple Overlapping Deprivation Analysis (Analyse de la Pauvreté Multidimensionnelle)
- **MPDL** : Mouvement pour la Paix

- **MUAC** : Mid-Upper Arm Circumference
- **ODD** : Objectifs de Développement Durables
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **PAM** : Programme Alimentaire Mondial
- **PCIMA** : Prise en charge Intégrée de la malnutrition Aigue
- **PCMA** : Prise en charge communautaire de la malnutrition Aigue
- **PEV** : Programme Elargi de vaccination
- **PFN** : Point Focal Nutrition
- **PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- **PTF** : Partenaire Techniques et Financiers
- **RECO** : Relai Communautaire
- **RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- **RND** : Responsable Nutrition du District sanitaire
- **SIAN** : Semaines d'intensification des activités nutritionnelles
- **SLDSES** : Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire

- **SLPFEF** : Service Local de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille

- **SMART** : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions – Suivi et évaluation standardisée des urgences et transitions

- **UN** : Nations Unies
- **SUN** : Scaling Up Nutrition
- **UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- **UNICEF** : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
- **USAID** : Agence des États-Unis pour le développement international

- **VAD** : Visites à Domicile
- **WASH** : Eau, assainissement et hygiène
- **WHH** : Welthungerhilfe

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières	vii
Introduction.....	1
1.1 Problématique et Justification	2
1.1.1 Problématique.....	2
1.1.2 Justification de l'étude.....	4
1.2 Hypothèse de recherche	5
1.3 Objectifs	5
1.3.1 Objectif général	5
1.3.2 Objectifs spécifiques	5
1.4 Revue de la littérature.....	7
1.4.1 Définition des concepts.....	7
1.4.2 Groupes de soutiens aux activités de nutrition	9
1.4.3 Composition des GSAN.....	9
1.4.4 Rôle des membres des GSAN.....	10
1.4.5 Déterminants de la malnutrition chronique	10
1.4.6 Stratégies de réduction de la malnutrition.....	12
2. Méthodologie.....	15
2.1 Lieu de l'étude	15
2.2 Type et période d'étude	17
2.3 Méthode quantitative	18
2.3.1 Population d'étude.....	18
2.3.2 Critères d'inclusion.....	18
2.3.3 Critères de non-inclusion.....	18
2.3.4 Echantillonnage et taille de l'échantillon	18

2.3.5 Variables d'étude.....	19
2.3.6 Procédure de collecte des données.....	19
2.3.7 Traitement et analyse des données	20
2.4 Méthode qualitative.....	20
2.4.1 Population d'étude.....	20
2.4.2 Echantillon et technique d'échantillonnage.....	21
2.4.3 Techniques de collecte des données	21
2.4.4 Outils de Collecte de données	22
2.4.5 Analyse des données.....	23
2.5 Considérations éthiques et déontologiques	23
2.6 Limites et Difficultés rencontrés	23
3. Résultats.....	25
3.1 Analyse du fonctionnement et de la couverture des GSAN dans les régions de Sikasso et Mopti.....	25
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des membres des GSAN	25
3.1.2 Formations reçues par les acteurs pour les prestations.....	27
3.1.3 Activités communautaires réalisées au cours des prestations	29
3.1.4 Contribution de la communauté à la motivation.....	35
3.1.5 Modalités de supervision.....	35
3.2 Difficultés rencontrées par les GSAN dans la mise en œuvre de leurs actions	36
3.3 Opinions des bénéficiaires face à la qualité des services offerts par les GSAN	37
3.3.1 Caractéristiques des participants.....	37
3.3.2 Activités bénéficiées.....	37
3.3.3 Avantages perçus des activités.....	37
3.3.4 Relations des communautés avec les GSAN	38
3.4 Avis des acteurs institutionnels sur l'implication des GSAN dans la mise en œuvre des activités de prévention du retard de croissance.....	39
3.4.1 Caractéristiques des acteurs.....	39
3.4.2 Politiques et stratégies.....	39
3.4.3 Activité réalisée.....	40
3.4.4 Mise en œuvre des activités.....	40
3.4.5 Avantages liés à l'emploi des GSAN	43
3.4.6 Mécanismes de supervisions.....	44
3.4.7 Défis rencontrés.....	44
3.4.8 Proposition de solutions	46
3.4.9 Eléments de Succès.....	46

4	Discussion.....	48
4.1	Politiques et stratégies	48
4.2	Mise en place des Groupes de Soutiens aux Activités de Nutrition	49
4.3	Mise en œuvre des activités	50
4.4	Avantages des activités	51
4.5	Défis rencontrés	53
	Recommandations	56
	Au Ministère de la santé/Sous-direction de Nutrition (SDN)	56
	Aux Directions Régionales de la Santé (DRS)/Districts.....	56
	Aux Centres de Santé Communautaire (CSCOM)/Associations de Santé communautaire (ASACO)	56
	Aux Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN)	57
	Aux partenaires techniques et/ou financiers.....	57
	Conclusion	58
	References bibliographiques.....	59
	Table des illustrations	65
	Liste des tableaux.....	65
	Annexes	67
	Annexe I : Fiche d’enquête des agents membres de GSAN	67
	Annexe II : Guide d’entretien des informateurs clés du niveau national	70
	Annexe III : Guide d’entretien des informateurs clés du niveau régional	71
	Annexe IV : Guide d’entretien des informateurs clés du niveau communautaire	72
	Annexe V : Guide d’entretien des bénéficiaires.....	73
	Annexe VI : Nouveau découpage administratif du Mali	75
	Annexe VII : Liste des villages aires de santés communes Districts et régions enquêtés ...	76
	Annexe VIII : Liste des informateurs clés enquêtés	78

Introduction

Selon les dernières estimations publiées en 2023 par le Groupe inter institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME), 5 millions d'enfants de moins de 5 ans sont décédés en 2021 dans le monde ; soit un taux de mortalité de 38 décès pour 1000 naissances vivantes [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 45 % de ces décès sont dus à la malnutrition [2]. Le rapport d'estimations conjointes de la malnutrition (JME) publié par l'UNICEF, l'OMS et le groupe de la Banque Mondiale en 2023, montrent que 148,1 millions d'enfants étaient atteints de retard de croissance en 2022 avec une prévalence de 22,3 %. La quasi-totalité de ces enfants vit en Asie (52 %) et en Afrique (43 %) [3].

Pour réduire le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le monde souffrant d'émaciation et/ou de retard de croissance, l'UNICEF préconise dans son plan stratégique 2020-2030, la prévention de la malnutrition infantile sous toutes ses formes et tout au long du cycle de vie. Lorsque les efforts de prévention ne suffisent pas, assurer la détection et la prise en charge précoce de la malnutrition aiguë [4]. Par ailleurs, la prévention reste beaucoup plus efficace que la prise en charge d'autant plus que les conséquences du retard de croissance sont irréversibles [5]. De plus, l'UNICEF estime que pour chaque dollar dépensé dans la prévention du retard de croissance il y a un retour sur investissement de plus de 10 dollars [4].

Selon son rapport mondial publié en 2023, l'UNICEF a fourni des services de prévention du retard de croissance et d'autres formes de malnutrition au profit de 356,3 millions d'enfants de moins de 5 ans [6]. Pour parvenir à ces résultats, l'UNICEF s'est servi d'une approche système avec un contexte programmatique au niveau politique, institutionnel et communautaire. Cette approche tire parti du potentiel des cinq systèmes fondamentaux (alimentaire, santé, eau, hygiène et assainissement, éducation et protection sociale) afin de garantir aux enfants, aux adolescents et aux femmes des régimes alimentaires, des services et des pratiques favorisant une nutrition adéquate [4].

De manière générale, une tendance à la baisse de la prévalence du retard de croissance a été observée au cours des dix dernières années à l'échelle mondiale, à l'exception de l'Océanie où l'incidence est passée de 40,9 % en 2012 à 44,0 % en 2022. En outre, en ce qui concerne les chiffres absolus, l'Océanie a enregistré une augmentation de seulement 0,1 million d'enfants supplémentaires souffrant de retard de croissance entre 2012 et 2022, tandis que l'Afrique a connu une augmentation de 1,8 million d'enfants au cours de la même période [4].

Le rapport conjoint FAO, FIDA, UNICEF, PAM et OMS publié en 2022 estime que dans la plupart des régions du monde, la prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans est plus élevée en milieu rural, sauf en Amérique du Nord, en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande [7].

En Afrique, le rapport (JME) publié par l'UNICEF, l'OMS et le groupe de la Banque Mondiale en 2023 montre que la prévalence du retard de croissance était de 30,0 % en 2022. Avec plus d'un enfant sur deux atteint, les pays à plus hautes prévalences du retard de croissance enregistré en 2022 sont le Burundi (56,5 %), la Libye (52,2 %) et l'Erythrée (51,6 %). L'Afrique de l'Ouest, avec une prévalence du retard de croissance de 30,0 % en 2022 reste parmi les zones à plus haute prévalence atteignant ainsi le seuil critique de 30 % établi par l'OMS [3].

Au Mali, selon les résultats de l'enquête SMART conduite en 2022, la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) était de 21,9 %, soit plus de 2 enfants de moins de 5 ans sur 10 affectés au niveau national. Cette prévalence varie en fonction des régions ; Kayes ayant la prévalence la plus élevée (26,6 %) et le district de Bamako la plus basse (8,2 %) [8].

Dans les régions de Mopti et Sikasso, la prévalence de la malnutrition chronique y est également fortement répandue avec des prévalences respectives de 26,0 % à Mopti et 23,4 % à Sikasso. Ces régions sont dans une situation préoccupante [8].

L'engagement du Gouvernement malien pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations est inscrit comme objectif dans les documents de politiques et stratégies de plusieurs secteurs, tels que la santé, l'eau et l'assainissement, l'agriculture, la protection Sociale et l'environnement. Ceci dénote la volonté politique à adopter une approche multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition. Pour relever le défi de cette lutte, le Gouvernement à adhérer à plusieurs initiatives au niveau global et régional dont le mouvement SUN (Scaling up nutrition), Les Objectifs du Développement Durable (ODD), la stratégie de sécurité alimentaire de la CEDEAO, etc. [9].

Bien que le retard de croissance au Mali ait décliné de 29,1 % en 2012 à 21,9 % en 2022 au niveau national, la cible des Objectifs de Développement Durable (ODD) d'une réduction de 50 % du nombre d'enfants souffrant de retard de croissance à l'horizon 2030 n'est pas en voie d'être atteinte. Pour accomplir des progrès plus significatifs dans la réduction des retards de croissance, il est nécessaire de renforcer les interventions sensibles et spécifiques à la nutrition [8,10]. Pour la durabilité de ces interventions, le plan d'action multisectoriel de nutrition 2021-2025 du Mali prévoit le renforcement des capacités des communautés en vue d'adopter des approches efficaces et efficientes pour améliorer leur état nutritionnel de manière durable [9].

1.1 Problématique et Justification

1.1.1 Problématique

Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité infantile est le plus élevé. Il est estimé par l'EDS 2018 à 101 décès pour 1000 naissances vivantes avec, parmi les principales causes, la malnutrition [11].

Par ailleurs, selon l'analyse MODA réalisée en 2022, parmi les trois principales privations subies par les enfants, notamment celles liées à la nutrition, à la santé, ainsi qu'à l'eau, l'hygiène et à l'assainissement, l'accès à l'eau potable est la privation la plus répandue, touchant 85 % des enfants. Ensuite, on constate que les dimensions liées à l'hygiène et à l'assainissement présentent un taux de privation de 73 %. En revanche, les niveaux de privation sont relativement plus faibles pour la santé, avec seulement 14 %, ainsi que pour la nutrition, avec 11 % [12].

En outre, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant restent sous optimales sur l'ensemble du territoire, comme l'attestent les résultats de l'enquête SMART 2022. En

effet, en ce qui concerne les indicateurs de l'ANJE à l'échelle nationale, il est à noter que seulement 49,8 % des enfants bénéficient de l'allaitement exclusif. Cette proportion est fortement variable d'une région à une autre avec 5,3 % à Bamako et 85,7 % à Tombouctou. De plus, 94,5 % d'enfants bénéficient de la poursuite de l'allaitement jusqu'à un an alors que moins d'un enfant sur deux (46,6 %) en bénéficie jusqu'à 2 ans [8]. En outre, uniquement 31,7 % des enfants bénéficient de l'alimentation de complément à 6 mois et seulement 21,3 % des enfants de 6 à 23 mois bénéficient d'une alimentation diversifiée. Alors que 19,3 % des enfants de 6 à 23 mois avaient reçu la fréquence minimale requise des repas, seulement 4,2 % d'entre eux recevaient un minimum alimentaire acceptable [8].

D'après le rapport du programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) 2020, 17 % de la population malienne n'ont toujours pas accès à des services d'eau potable et 55 % à des services d'assainissement basiques. Par ailleurs, les taux de couverture actuels sont de 82,5 % avec une progression de 1,7 % par an pour l'eau potable et de 45,4 % avec une progression de 1,5 % par an pour l'assainissement. En termes de couverture de services basiques en hygiène, le Mali est à 17 % de plus la part de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées est de 58 %. Le taux de défécation à l'air libre reste très élevé dans le pays avec 28 % de la population concernée [13].

Les régions de Sikasso et Mopti sont les deux régions où la mortalité des enfants de moins de 5 ans dépasse celle du niveau national, avec respectivement 111 ‰ et 130 ‰ naissances vivantes [11].

De plus, selon l'analyse MODA réalisée en 2022, parmi les trois principales privations subies par les enfants, notamment celles liées à la nutrition, à la santé, ainsi qu'à l'eau, l'hygiène et à l'assainissement, ces deux régions subissent de lourd tribut. A Sikasso, l'accès aux services d'hygiène et assainissement est la privation la plus élevée (92 %). En revanche, on observe des niveaux de privation relativement modérés pour l'eau potable (22 %), la santé (20 %) l'alimentation et la nutrition (5 %). A Mopti, les privations en santé (21 %) alimentation et nutrition (16 %) sont plus élevées que celles observées à Sikasso. Par contre, les privations en termes d'accès aux services d'eau potable (11 %), d'hygiènes et d'assainissement(65 %) sont, elles, plus basses [12].

Même si, selon les données de la SMART 2022, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont plus optimales dans les régions de Mopti et Sikasso qu'au niveau national, il y a encore des efforts à fournir pour les améliorer. En effet, 61,9 % des enfants bénéficient de l'allaitement exclusif à Sikasso contre 53,8 % à Mopti. De plus, près de la totalité des enfants de 6 à 24 mois, 98,5 % à Sikasso et 95,6 % à Mopti bénéficient d'un allaitement continu jusqu'à 1 an [8]. Quant à l'alimentation de complément, 31 % des enfants de 6 à 8 mois en bénéficient à Sikasso contre 56 % à Mopti. De plus, le pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois recevant le nombre minimal de repas requis par jour est de 10,8 à Sikasso et 9,3 à Mopti. L'alimentation des enfants est très peu diversifiée dans ces deux régions, avec

respectivement 3,8 % et 24,4 % d'enfant recevant au moins 5 groupes d'aliments par jour à Sikasso et Mopti. **[8]**.

1.1.2 Justification de l'étude

D'après la première enquête SMART réalisée en 2011, le Mali avait une prévalence nationale de la malnutrition chronique de 27,0 % **[8,14]**. Selon la même source, les régions de Sikasso et de Mopti avaient les prévalences de malnutrition chronique les plus élevées avec 39,5 % à Sikasso et 32,3 % à Mopti **[14]**.

Dans le but de réduire cette prévalence, le gouvernement a lancé et mis en œuvre de septembre 2011 à décembre 2015 le Projet de Partenariat de la Sécurité Nutritionnelle en Afrique (ANSP). Ce projet de prévention de la malnutrition chronique concernait l'Éthiopie, l'Ouganda, le Burkina Faso et le Mali et était fondé sur 4 piliers :

- Pilier 1 : plaidoyer au plus haut niveau pour la nutrition et le développement des politiques ;
- Pilier 2 : développement institutionnel et le renforcement des capacités ;
- Pilier 3 : renforcement des systèmes d'information et la gestion des connaissances ;
- Pilier 4 : mise à l'échelle des interventions de nutrition.

La mise en œuvre de ce pilier opérationnel s'est déroulée de juin 2013 à septembre 2015 à travers des approches multisectorielle et communautaire. L'approche communautaire était essentiellement basée sur la mise en place, la formation et l'équipement de Groupes de Soutien à l'ANJE (GSA) versus les GSAN (Groupes de Soutien aux Activités de nutrition) selon la stratégie un village un GSA ou GSAN **[15]**.

Dans la mise en œuvre opérationnelle du pilier 4 du Projet de Partenariat de la Sécurité Nutritionnelle en Afrique (ANSP), le Mali a choisi deux districts sanitaires pilotes issus de ces deux régions ; Yorosso (Région de Sikasso) et Bankass (Région de Mopti) **[16]**. Selon l'enquête préliminaire de démarrage du projet réalisée dans ces districts, les prévalences du retard de croissance du niveau régional étaient plus élevées que celles du niveau district avec respectivement 30,2 % à Yorosso, contre 39,5 % pour la région de Sikasso et 21,7 % à Bankass contre 32,3 % pour la région de Mopti **[10]**.

L'enquête SMART réalisée en 2016, qui est la première après la fin de la mise en œuvre du projet, a révélé une baisse considérable de la prévalence à Yorosso (Sikasso), elle est passée de 30,2 % en 2012 à 15,4 % en 2016. Par contre, à Bankass (Mopti), la prévalence a fortement augmenté avec 21,7 % en 2012 et 29,3 % en 2016 **[10,17]**.

Par ailleurs, le guide de mise en œuvre de la stratégie ANJE 2014-2018 avait pour objectif de mettre en place des GSAN dans chaque village, les former à l'exercice de leur mission, les équiper avec les outils et équipements nécessaires pour leur fonctionnement et définir un

mécanisme de coordination. Au niveau communautaire, les groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) sont les premiers promoteurs de l'ANJE et représentent l'interface entre la communauté et les structures de santé. Malgré la réduction du retard de croissance observée à Sikasso et Mopti depuis la mise en place des groupes de soutiens aux activités de nutrition, ces régions restent dans une situation encore préoccupante avec des prévalences respectives de 23,4 % et 26 % en 2022 [8]. De nos jours, la mise en place des GSAN a été élargie à d'autres districts sanitaires des régions de Sikasso et Mopti [18].

En outre, la disponibilité limitée d'informations permettant d'identifier, localiser et contacter les agents ou groupes d'agents communautaires, entrave la capacité de coordonner et de suivre ces acteurs de manière efficace [19]. Une cartographie de ces agents communautaires est essentielle à la planification stratégique des interventions, à la formation, au déploiement au suivi et à la supervision de ceux-ci [20]. De plus, nous constatons une rareté d'études impliquant les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition [21].

Ces constats nous amènent à nous poser les questions suivantes :

Quelles sont les activités et interventions réalisées par les GSAN pour la prévention du retard de croissance ? Comment sont-ils soutenus, coordonnés et supervisés ? Quels sont les défis auxquels ils sont confrontés dans la mise en œuvre de leurs activités ? Comment mettre à l'échelle et pérenniser la contribution des GSAN dans la réduction du retard de croissance au Mali ?

1.2 Hypothèse de recherche

Les groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) jouent un rôle important dans la prévention du retard de croissance au Mali. Ils mettent en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Ils sont formés, soutenus, coordonnés et supervisés par le gouvernement et les PTF ; toutefois, ces acteurs sont confrontés à des difficultés en termes de disponibilité de matériels de travail et des mécanismes de motivations pérennes.

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration et à la pérennisation des activités réalisées par les GSAN pour la prévention du retard de croissance.

1.3.2 Objectifs spécifiques

- Faire une analyse du fonctionnement et de la couverture des GSAN dans les régions de Sikasso et Mopti.

- Identifier les défis rencontrés dans la mise en œuvre, la coordination et le suivi de leurs actions.
- Apprécier les opinions des bénéficiaires face à la qualité des services offerts par les GSAN.
- Recueillir les avis des acteurs institutionnels sur l'implication des GSAN dans la mise en œuvre des activités de prévention du retard de croissance au niveau communautaire.
- Formuler des recommandations pour la mise à l'échelle et la pérennisation des activités réalisées par les GSAN au Mali

1.4 Revue de la littérature

1.4.1 Définition des concepts

Malnutrition : la malnutrition se caractérise par une situation physiologique anormale résultant d'un apport énergétique et/ou nutritionnel insuffisant, déséquilibré ou excessif chez une personne. [22].

Sous-nutrition : la sous-nutrition représente un état pathologique qui émerge lorsque l'apport énergétique et/ou nutritionnel se révèle insuffisant. Cet état est lié à des maladies ainsi qu'à des méthodes de soins infantiles inappropriées [22].

Malnutrition aiguë : la malnutrition aiguë se manifeste par une perte de poids récente résultant de changements brusques, pouvant être dus à divers facteurs tels que la pénurie de nourriture, une maladie aiguë récente, des pratiques de soins ou d'alimentation inadéquates, ou une combinaison de ces éléments. Pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, elle est définie comme un rapport poids taille inférieur à 2 écart-types par rapport à la médiane de référence de l'OMS et/ou un périmètre brachial inférieur à 125 mm et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux [24].

Malnutrition chronique : la malnutrition chronique, également connue sous le nom de retard de croissance chez les nourrissons de moins de 5 ans, est définie comme un rapport taille/âge inférieur à -2 z-scores (soit en dessous de la moyenne établie par l'écart-type) [23]. Le retard de croissance survient à la suite de périodes prolongées ou répétées de malnutrition aiguë, de carence en micronutriments dès la naissance ou pendant la période de gestation. Il peut aussi découler de l'exposition à des infections récurrentes ainsi qu'à des conditions de vie précaires, qui entravent la croissance de l'enfant [24]. Des études ont démontré que le retard de croissance engendre des conséquences négatives à travers toute la vie. A court terme, il accroît la vulnérabilité aux maladies infectieuses. A plus long terme, il altère le potentiel d'apprentissage en entravant le développement cognitif, ce qui se traduit par une diminution des revenus de 23 % à l'âge adulte, et occasionne des effets négatifs lors de la grossesse à l'âge adulte [23].

Tableau I : Niveau de sévérité de la malnutrition chronique en fonction des prévalences [25]

Prévalences	Niveaux	Appréciations
< 2,5 %	Très faible	Normale
2,5 à 9 %	Faible	Acceptable
10 à 19 %	Modéré	Précaire
20 à 29 %	Élevé	Préoccupante
≥ 30 %	Très élevé	Critique

Soins de santé communautaires : Désignent, entre autres, les services fournis par le personnel de santé communautaire au sens large, en fonction de sa formation et de ses capacités. Dans ce contexte, le personnel de santé regroupe différents acteurs professionnels et non spécialistes, formels et informels, rémunérés et non rémunérés, ainsi que les agents de santé travaillant dans des établissements qui les soutiennent et les encadrent, et qui mettent en œuvre des services et des campagnes de sensibilisation. Parmi les intervenants, on compte des autorités locales, des figures religieuses, des ONG, ainsi que des groupes communautaires tels que ceux composés de femmes, de jeunes ou de mères [26].

Programmes et interventions spécifiques à la nutrition : les interventions ou programmes spécifiques à la nutrition ciblent les facteurs immédiats qui influent sur la nutrition. Ces interventions sont conçues pour encourager une alimentation appropriée ainsi qu'un apport adéquat en nutriments (régimes alimentaires), promouvoir les bonnes pratiques alimentaires et les soins, et réduire la prévalence des maladies infectieuses.

Ces programmes sont généralement liés à des mesures visant à améliorer la santé et la nutrition des mères, à optimiser les régimes alimentaires ou à fournir une supplémentation en micronutriments pour les mères. Ils englobent également la promotion de l'allaitement maternel optimal, l'introduction d'aliments de complément, la supplémentation nutritionnelle, l'enrichissement en micronutriments pour les enfants, le traitement de la malnutrition aiguë sévère, la prévention et la gestion des maladies, ainsi que la prise en charge nutritionnelle en situation d'urgence [27].

Programmes et interventions sensibles à la nutrition : les interventions ou programmes sensibles à la nutrition sont celles qui traitent les facteurs déterminants sous-jacents de la nutrition. Ces initiatives se concentrent sur des domaines tels que la sécurité alimentaire, la prestation de soins au niveau maternel, familial et communautaire, l'accès aux services de santé ainsi qu'à un environnement sûr et hygiénique.

Les interventions sensibles à la nutrition ont pour but de favoriser la sécurité alimentaire et agricole, d'établir des filets de sécurité sociale, de soutenir le développement des jeunes enfants, de veiller à la santé mentale des mères, de renforcer l'autonomisation des femmes, de garantir la protection de l'enfance, de promouvoir l'éducation, de mettre en place des systèmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), et de fournir des services de santé et de planification familiale [27].

Plateformes communautaires de nutrition : les plateformes communautaires de nutrition sont constituées d'un ensemble de personnes, de groupes de personnes issues de la communauté offrant des services de prévention et/ou de prise en charge de la malnutrition à l'endroit des membres de leurs communautés. Les groupes d'acteurs communautaires qui font des prestations de services communautaires ont montré un potentiel pour accroître la couverture des interventions nutritionnelles et améliorer l'équité de la prestation de services. Ces groupes comprennent des agents de santé communautaires (ASC), des groupes de

soutiens aux activités de nutrition (GSAN) et des groupes de pairs (femmes et mères) qui fournissent des services de santé et de nutrition au niveau communautaire [28].

1.4.2 Groupes de soutiens aux activités de nutrition

Le groupe de soutien aux activités de nutrition (GSAN) est un groupe à but non-lucratif qui agit au sein de la communauté pour dynamiser les activités à haut impact pour lutter contre la malnutrition.

Le GSAN est responsable des activités spécifiques à la nutrition au niveau communautaire et joue un rôle de catalyseur pour les activités sensibles à la nutrition. Le GSAN est sollicité à coordonner avec les autres acteurs et comités responsables des activités sensibles à la nutrition, tels que le comité Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC), les mères éducatrices, les mamans Yellen, etc. Ces acteurs sont invités à participer aux activités des GSAN.

Le GSAN se consacre à la sensibilisation et à la promotion de comportements et pratiques recommandées de l'approche des 1000 jours et effectue le dépistage de la malnutrition aiguë. Parmi les pratiques préconisées figurent l'allaitement maternel, l'introduction d'aliments complémentaires ainsi que l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes. Les recommandations englobent également des aspects liés à la nutrition, tels que la promotion de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, la stimulation socio-cognitive précoce, ainsi que l'utilisation des services de santé tels que les consultations pré- et post-natales (CPN et CPON), le programme élargi de vaccination (PEV) et la chimio prophylaxie saisonnière (CPS) pour le paludisme chez les enfants.

Les GSAN sont animés par des mères expérimentées qui ont des connaissances sur l'ANJE et ont une maîtrise des techniques de dynamique de groupe et de communication interpersonnelle. Les membres du GSAN partagent leurs propres expériences et fournissent de l'aide mutuelle. Le facilitateur et les participants décident de la fréquence, de la durée et des thèmes des réunions et des séances de sensibilisation, tenues au moins une fois par mois [29].

1.4.3 Composition des GSAN

En général, un GSAN est composé d'environ 4 à 12 membres. Le nombre de membres au sein d'un GSAN dans un village est établi en fonction de la taille totale de la population du village, avec un ratio d'1 binôme pour 30 ménages. Au Mali, où la taille moyenne d'un ménage est de six personnes, cela signifie qu'un binôme prend en charge en moyenne 180 personnes.

Chaque groupe bénéficie d'une supervision et d'un encadrement technique assurés par le relais communautaire ou l'agent de santé communautaire (ASC), qui occupe le rôle de conseiller en matière de santé et de protection sous la direction du chef du village [15,18].

1.4.4 Rôle des membres des GSAN

Les groupes de soutien ont pour mission de [29]:

- Elaborer un programme d'activités pour leur zone d'intervention en concertation avec les autorités villageoises, le personnel du centre de santé communautaire (CSCOM), l'Association de Santé Communautaire (ASACO), les Mairies, les agents de santé communautaires (ASC) et les partenaires.
- Organiser des séances de sensibilisation, des démonstrations nutritionnelles et des visites à domicile (VAD) au moins une fois par mois.
- Effectuer des visites à domicile et communication interpersonnelle pour encourager les mères dans leur choix d'adhésion aux bonnes pratiques et aux GSAN, selon le besoin ;
- Mener les activités en binôme, en impliquant deux membres du GSAN (visites à domicile, interactions interpersonnelles ou séances de sensibilisation).
- Promouvoir les pratiques d'ANJE basée sur l'approche de 1000 jours."
- Favoriser le partage d'expériences et fournir un soutien mutuel ;
- Effectuer le dépistage des enfants souffrant de malnutrition une fois par mois.

1.4.5 Déterminants de la malnutrition chronique

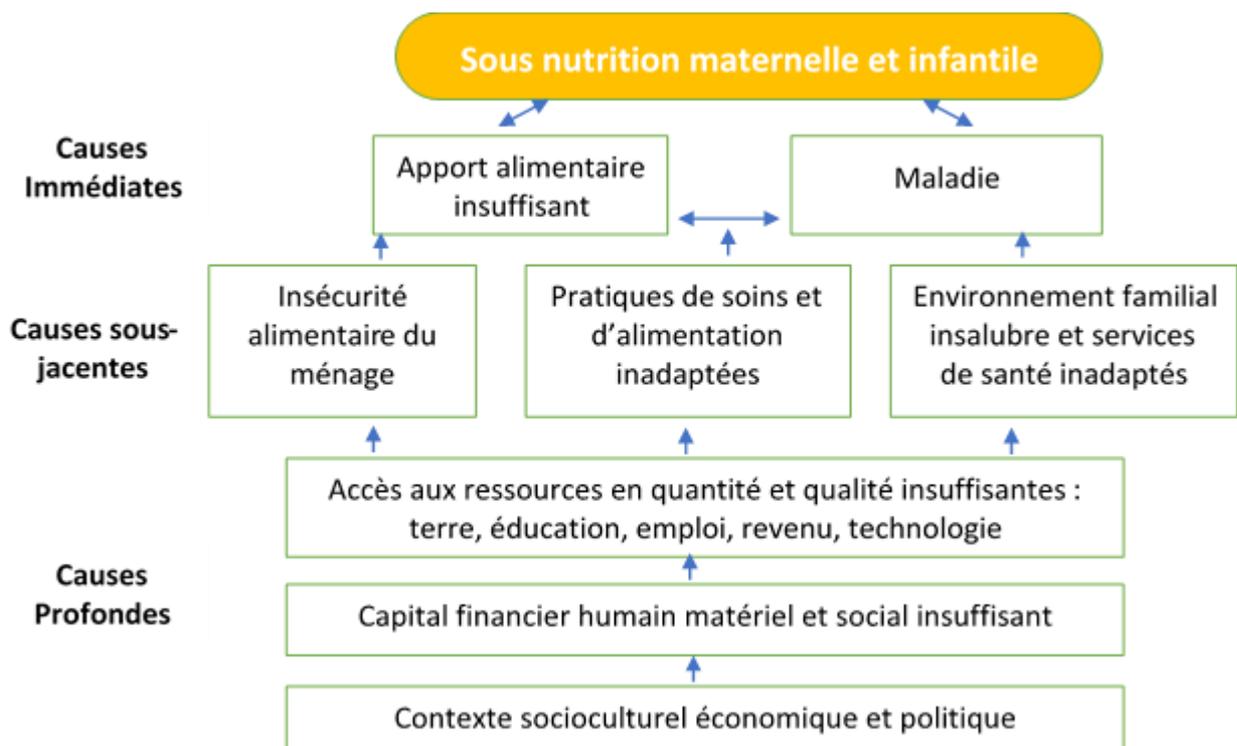


Figure 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition UNICEF/OMS [30]

Selon le cadre conceptuel de l'UNICEF, les déterminants de la sous-nutrition sont multiples et multifactoriels. Ces déterminants influencent l'état nutritionnel au niveau individuel, ménage/communauté et national. Il s'agit des causes immédiates liées à un apport alimentaire inadéquat et à la maladie (niveau individuel) ; les causes sous-jacentes liées à l'insécurité alimentaire, combinée à des pratiques de soins inadaptés et à un environnement insalubre et inadéquat (niveau ménage) ; les causes fondamentales liées à la pauvreté et impliquant une interaction entre les conditions sociale, politique et démographique (niveau national) [31]. Dans une analyse secondaire des données de l'EDS 2016 en Éthiopie, il est ressorti que l'âge et le sexe de l'enfant, l'intervalle inter génésique, l'indice de masse corporel et le niveau d'éducation de la mère, la période d'allaitement, le type de toilette et de sources d'eau, l'indice de richesse du ménage étaient les principaux déterminants du retard de croissance [32]. De plus, ces résultats ont été corroborés par *Tamir et al.* en 2022 [33]. Au Rwanda, les enfants âgés de plus d'un an et les ménages dirigés par une femme, avaient un risque plus grand de survenue du retard de croissance que les enfants âgés de moins d'un an et ceux des ménages dirigés par un homme. Ces informations ont été rapportées par *Niragire et al.* en 2022 [34]. *Namirembe et al.* en 2022 ont rapporté qu'en Ouganda, l'âge et la taille de la mère, la prématurité et la distance accrue à une source d'eau augmentent la probabilité d'avoir des enfants qui ont un retard de croissance à la naissance [35]. Au Mali, *Adubra et al.* ont rapporté que les mères ont une bonne connaissance des pratiques d'allaitement, d'alimentation complémentaire et d'hygiène, mais elles étaient très peu renseignées sur les maladies infantiles [36].

1.4.6 Stratégies de réduction de la malnutrition

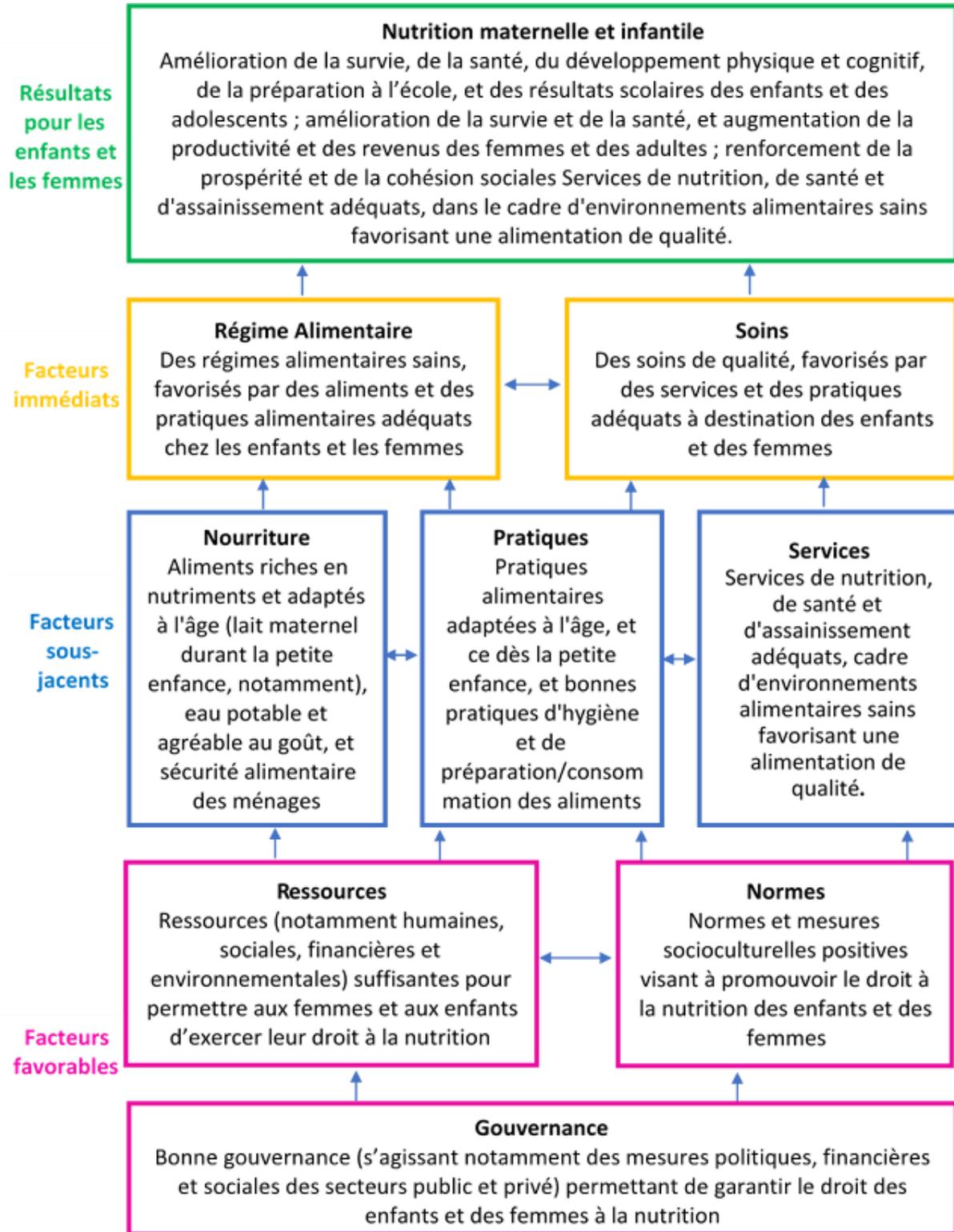


Figure 2 : Cadre pour la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes [4].

Ce modèle préventif a été ajusté pour s'aligner sur le cadre conceptuel de la malnutrition élaboré par l'UNICEF. En effet, étant donné que la malnutrition chronique découle de divers facteurs déterminants, elle représente un problème à la fois multidimensionnel et

intersectoriel. Par conséquent, son combat nécessite une approche multisectorielle, avec une coordination efficace au niveau communautaire et une combinaison harmonieuse de diverses approches, impliquant une collaboration synergique entre tous les acteurs concernés [37].

Approche multisectorielle : l'approche multisectorielle vise à mobiliser différents secteurs clés afin de collaborer dans la lutte contre la malnutrition [30]. Une étude multicentrique menée dans cinq pays exemplaires (Népal, Éthiopie, Pérou, République kirghize et Sénégal) a révélé que ces nations ont progressé en adoptant des interventions tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Malgré les variations entre les pays et les disparités contextuelles, les contributions des différents secteurs pour réduire le retard de croissance étaient presque uniformes, avec 40 % attribués aux secteurs de la santé et de la nutrition, et 60 % aux autres secteurs. L'amélioration de l'éducation et de la nutrition des mères, les soins maternels et néonataux renforcés, ainsi que la diminution de la fécondité et des intervalles entre les grossesses, ont tous joué un rôle significatif dans l'allègement du fardeau du retard de croissance [38]. D'après *Wegmüller et al.*, l'agriculture représente la principale source de revenus et de nourriture pour la majorité des ménages en milieu rural. Cependant, malgré les programmes agricoles qui ont conduit à une augmentation des rendements, de la production de base et des revenus des ménages, ils ont rencontré des difficultés à améliorer l'état nutritionnel. Cette étude a mis en évidence le défi majeur de rendre l'agriculture sensible à la nutrition afin d'avoir un impact significatif sur le retard de croissance [39]. La mise en œuvre du Plan National multisectoriel de Nutrition du Mali repose sur l'intégration d'un ensemble d'interventions relevant de plusieurs secteurs (santé, agriculture, eau, hygiène, assainissement, environnement, éducation, économie et finance, la protection sociale et des dimensions traversables comme le genre et la communication) pour favoriser et renforcer la planification, le ciblage et la mise en œuvre d'interventions [9].

Approche cycle de vie : cette approche définit les priorités programmatiques spécifiques et les résultats escomptés pour chacune d'entre elles. Cette approche ne se limite pas seulement à la malnutrition maternelle et infantile pendant les 1000 premiers jours de la vie (de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans), mais elle prend également en compte la période intermédiaire de l'enfance et l'adolescence, tout en brisant le cycle intergénérationnel de la malnutrition. Cette approche est divisée en trois groupes d'âge : les enfants de 0 à 5 ans, de 6 à 12 ans et de 13 à 19 ans [40].

Approche 1000 jours : les 1000 premiers jours de la vie constituent une période cruciale pour l'effort de lutte contre le retard de croissance. Ce laps de temps s'étend du premier jour de la conception jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Cette approche comporte trois phases distinctes. Tout d'abord, elle promeut les pratiques optimales d'alimentation pour les femmes enceintes et allaitantes, y compris les adolescentes et toutes les femmes en âge de procréer. Ensuite, elle encourage l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie, suivi de l'allaitement continu jusqu'à l'âge de 2 ans. Enfin, elle inclut l'introduction d'aliments de

complément entre le 6ème et le 24ème mois de l'enfant. Toutes ces étapes doivent être entreprises en intégrant les liens entre la nutrition et les comportements sanitaires associés tout au long du cycle de vie [41].

Approche communautaire : l'approche communautaire est une stratégie opérant au niveau local. Elle engage la participation active des résidents locaux afin d'identifier les défis auxquels ils sont confrontés et de développer des solutions adaptées, avec le soutien d'animateurs ou de professionnels de la santé [42]. Dans un article de revue publié en 2022, **Hassambay et al.** mettent en évidence la nécessité d'intégrer pleinement l'approche communautaire en tant qu'élément essentiel de la stratégie de santé publique, afin de faire face de manière plus durable et efficace aux disparités sociales en matière de santé [43].

Dans la lutte contre la malnutrition, l'approche communautaire permet d'accompagner directement les familles où se trouvent les enfants et les femmes souffrant de malnutrition [30]. En effet, les interventions nutritionnelles pour prévenir le retard de croissance dépendent de la capacité des ménages à adopter des pratiques optimales d'alimentation, de santé et de soins [5]. Cependant, pour les ménages défavorisés et en situation d'insécurité alimentaire, la garantie d'une alimentation adéquate et de pratiques de soins optimales représente une contrainte financière insurmontable. Des approches alternatives impliquant des plateformes communautaires offrant un ensemble intégré de mesures de prévention contre la malnutrition chronique ont rencontré un grand succès [44]. Dans de nombreux pays, l'extension de la portée du système de santé a impliqué la formation des ASC à la prestation d'interventions sanitaires et nutritionnelles essentielles à faible coût telles que des conseils sur la nutrition prénatale et des pratiques appropriées d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire, la supplémentation en micronutriments et le suivi de la croissance de l'enfant. Des ASC bien formés peuvent améliorer les principales pratiques de nutrition maternelle et infantile [28]. Une méta-analyse publiée en 2020 dans la revue "Nutrients" a révélé que parmi les mères bénéficiant de visites à domicile et participant à des séances de groupe, la prévalence de la malnutrition chronique était moins élevée que chez celles n'y prenant pas part [21]. Au Sénégal, une revue systématique réalisée par **Brar et al.** en 2020 a signalé que les programmes de nutrition les plus efficaces avaient adopté une approche communautaire [45]. Au Mali, les groupes de soutien aux activités de nutrition sont largement utilisés dans les projets et programmes de nutrition à base communautaire [9]. De plus, les soins de santé communautaires ont été initiés en 2011 dans cinq régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti). La plupart des ASC ont été formés entre 2011 et 2013 [46].

2. Méthodologie

2.1 Lieu de l'étude

Le Mali, pays situé en Afrique de l'Ouest, s'étend sur une superficie de 1 241 238 km² et possède des frontières s'étirant sur 7 000 km. Il partage ses limites avec plusieurs pays : au nord avec l'Algérie et la Mauritanie, à l'est avec le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest avec le Sénégal, et au sud avec la Guinée et la Côte d'Ivoire. Son territoire englobe trois zones climatiques distinctes : la zone soudanaise, la zone sahélienne et la zone saharienne. Le pays est parcouru par le fleuve Niger sur une distance de 1 700 km (représentant 40 % de la longueur totale du fleuve) ainsi que par le fleuve Sénégal sur 900 km (équivalant à 53 % de son parcours).

Depuis 1992, le Mali a entrepris un vaste processus de décentralisation et de déconcentration. Dans cette optique, en 2023, la répartition territoriale du pays est passée de 10 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudéni et Ménaka) ainsi que le District de Bamako à 19 régions (incluant Bougouni, Dioïla, Nioro, Koutiala, Gourma, Douentza, San, Bandiagara, Niala et Kita), toujours avec le District de Bamako [47,48]. Bien que ce nouveau découpage soit propice à la conception et à la mise en œuvre d'actions de développement répondant mieux aux préoccupations des communautés, l'opérationnalisation des nouvelles régions n'est pas encore effective [48]. Toutefois, pour cette étude, nous utiliserons l'ancien découpage faisant état de 10 régions, car toutes les données disponibles nous permettant de décrire le contexte du pays ont été produites en fonction de l'ancien découpage.

La population du Mali est estimée à 20 251 000 habitants en 2020 avec un taux d'urbanisation de 44 % [49]. Selon le rapport de RGPH 2009, cette population croît à un taux annuel moyen de 3,6 % [50]. C'est une population majoritairement jeune avec 46,6 % de la population ayant moins de 15 ans. Le niveau d'éducation au sein de la population malienne est relativement bas, avec 68,7 % des individus n'ayant pas reçu d'instruction formelle, et seulement 31,3 % ayant reçu une éducation. Parmi ceux qui ont reçu une éducation, la grande majorité (82,9 %) s'arrête au niveau primaire. Par ailleurs, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus, est de 28 % [50]. Selon l'EMOP 2021, l'incidence de la pauvreté dans la population, est estimée à 44,6 % au niveau national [51]. Selon les données du Programme des Nations Unies pour le Développement, l'indice de développement humain du Mali le positionne au 184e rang sur 189 pays examinés. Il fait partie des pays les moins avancés, près de 45 % de sa population vit sous le seuil de la pauvreté [52].

Cette étude a été réalisée dans deux régions du pays :

1. **Sikasso** : située dans l'extrême sud du Mali, la région de Sikasso couvre une superficie de 71 790 km². Ses frontières sont définies par Koulikoro au nord-ouest, Ségou au

nord-est, le Burkina Faso à l'est, la Côte d'Ivoire au sud et la Guinée à l'ouest. Le climat de la région est caractérisé par deux zones distinctes : la zone soudanaise humide et la zone guinéenne. C'est la région la plus humide du Mali, avec des précipitations allant de 700 à 1 500 mm par an. La température moyenne annuelle y est de 27 °C. La région de Sikasso est divisée en 7 cercles (Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila et Yorosso) regroupant 147 communes, dont 3 urbaines (Sikasso, Koutiala, Bougouni) [53].

- 2. Mopti :** située au cœur du Mali, la région de Mopti est délimitée au nord par Tombouctou, à l'ouest et au sud par Ségou, et au sud-est par le Burkina Faso. Le climat prédominant dans cette région est de type sahélien. La région de Mopti est subdivisée en 8 cercles distincts (Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Mopti, Ténenkou, Youwarou) qui rassemblent un total de 108 communes [54]. Elle compte 103 communes rurales et 5 communes urbaines (Mopti, Djenné, Koro, Bandiagara, Douentza) [55].

Le système de santé malien est structuré selon une approche pyramidale, où les centres de santé communautaires (CSCoM) jouent un rôle fondamental en fournissant un paquet minimum d'activités. Ces centres servent de première ligne de contact pour la population. Les services dispensés par les Agents de Santé Communautaires (ASC) au moyen de soins essentiels dans la communauté sont considérés comme une extension des activités des CSCoM. Après les CSCoM, le système de santé définit trois niveaux de référence :

- le premier niveau de référence est composé de centres de santé de référence qui fournissent des soins de référence, y compris la prise en charge des urgences médico-chirurgicales ;
- le deuxième niveau de référence, désigné sous le nom d'Hôpital Régional, est constitué d'établissements hospitaliers offrant des services de santé à portée générale ;
- le troisième niveau de référence correspond aux Hôpitaux Nationaux, qui constituent le dernier recours pour les soins de référence de la population [46].

Tableau II : Situation des infrastructures sanitaires au Mali en 2020 [48].

Numéro	Structures de santé	National	Sikasso	Mopti
1.	Hôpitaux Nationaux	5	0	0
2.	Hôpitaux Régionaux	7	1	1
3.	Centres de santé de référence	68	10	8
4.	Centres de santé communautaire	1520	263	117
5.	Sites d'ASC	2899	696	393

En ce qui concerne la disponibilité des infrastructures de santé et du personnel qualifié, le Mali n'a pas encore atteint les normes recommandées par l'OMS, et la répartition est inéquitable d'une région à l'autre. Alors que l'OMS préconise un ratio d'au moins 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants, le Mali avait enregistré, en 2020, seulement 7 professionnels de santé pour 10 000 habitants. De plus, au cours de la même année, Sikasso affichait un ratio de 5 professionnels de santé pour 10 000 habitants, tandis que Mopti en comptait 3 pour 10 000 habitants [48]. Pour contribuer à remédier à ce problème d'accessibilité, le Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté pour la période 2021-2025 propose de renforcer le rôle des plateformes communautaires dans la mise en place des soins essentiels au niveau local [46].



Figure 3 : Position géographique et répartition administrative du Mali [56]

2.2 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude mixte à composante quantitative et qualitative utilisant des focus groups et des entretiens individuels pour la collecte des données. La collecte des données s'est déroulée du 10 juillet au 13 août 2023. Cette approche méthodologique nous a non seulement permis de comprendre la contribution des groupes de soutiens aux activités de nutrition dans la prévention du retard de croissance, mais aussi la perception des bénéficiaires par rapport à ces activités.

2.3 Méthode quantitative

2.3.1 Population d'étude

Pour cette approche méthodologique, la population d'étude est constituée des membres des groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) de Sikasso et Mopti.

2.3.2 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- les membres des GSAN relevant des aires de santé dans les régions de Sikasso et Mopti
- les membres actifs des GSAN
- les membres de GSAN fonctionnels
- les membres de GSAN qui accepteront de répondre à notre questionnaire

2.3.3 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- les membres de GSAN relevant des aires de santé situées dans des zones inaccessibles de Sikasso et Mopti pour des raisons de sécurité
- les membres inactifs des GSAN
- les membres de GSAN non fonctionnels
- les membres de GSAN qui ont refusé de répondre à notre questionnaire

2.3.4 Echantillonnage et taille de l'échantillon

Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire systématique et proportionnel à la taille avec la méthode des totaux cumulés. Nous avons utilisé la liste des villages dans chaque région. Pour chacune des deux régions, nous avons d'abord éliminé les villages qui se situent dans des zones inaccessibles pour des raisons sécuritaires. Ensuite, nous avons classé tous les villages des deux régions dans un même fichier Excel avec la population de chaque village. Nous avons fait le cumul de la population et nous avons divisé la taille totale par le pat de sondage. A l'aide d'un billet de banque, nous avons sélectionné le 1^{er} village aléatoirement. Puis, à ce chiffre, nous avons ajouté le pat de sondage pour sélectionner le reste de nos villages.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz $n = (Z^2 \times p \times (1-p)) / d^2$

[57] :

- n = taille de l'échantillon ;
- Z représente le niveau de confiance selon la loi centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95 % ; Z= 1,96) ;
- p = 0,6 sur la base de 60 % des mères ayant des enfants de 0 à 24 mois qui ont adopté et appliqué les pratiques optimales de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les 2 districts pilotes (Yorosso et Bankass) [15] ;
- d représente un intervalle de confiance de 5 % (évalué à 0,05).

$$n = (1,96)^2 \times 0,6 \times (1-0,6) / (0,05)^2 = 368,7936$$

n = 369

Avec un échantillon supplémentaire de 10 % pour couvrir les refus probables ou les non-répondants, la taille minimale pour cette étude était égale à 369 + 36,9 d'où une taille minimale d'échantillon de 406 agents membres de GSAN. Notre unité d'échantillonnage pour cette étude est le village. Il existe au moins un GSAN par village et en moyenne 10 membres actifs par GSAN. Le nombre de village à enquêter correspondait donc au nombre d'agents à enquêter divisé par le nombre moyen d'agent par GSAN (406/10). Nous avons enquêté 42 villages en tout.

2.3.5 Variables d'étude

Les variables de cette étude sont qualitatives et quantitatives. Ces variables sont en lien avec des informations concernant : (i) les caractéristiques sociodémographiques des membres des GSAN (sexe, âge, niveau d'éducation, profession) ; (ii) la situation géographique des sites d'intervention (village, aire de santé, commune, district de santé, région, coordonnées GPS) ; (iii) les formations reçues dans le cadre des prestations de services (paquet multisectoriel, ANJE avec approche 1000 jours...) ; (iv) les activités communautaires réalisées (promotion de l'hygiène, de l'allaitement maternel, de la demande et l'utilisation des soins de santé, dépistage de la MAG, prise en charge des diarrhées...) ; (v) les mécanismes de supervision des activités (vi) les défis rencontrés et (vii) les propositions de solutions.

2.3.6 Procédure de collecte des données

A l'aide d'un questionnaire préétabli et pré-testé, nous avons recueilli les données par interview directe auprès de notre population d'étude.

Deux interprètes, un par région nous ont aidé à administrer le questionnaire aux membres de GSAN qui pour la plupart ne parlent que leur langue locale.

2.3.7 Traitement et analyse des données

Après la collecte des données à l'aide de l'application Kobocollect, une vérification de la complétude et de la validité des données a été faite. Ensuite, ces données ont été exportées dans le logiciel Microsoft Excel 2019 pour l'analyse. L'analyse a été faite également avec Epi Info version 7.2 et IBM SPSS version 25. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type. La médiane est donnée pour la répartition qui ne suit pas la loi normale. Les données qualitatives sont exprimées en nombre et en pourcentage. Les variables aux effectifs insuffisants pour l'une des modalités (< 5 %) sont exclues de l'analyse, sauf celles jugées pertinentes ou avec un regroupement de catégories possible.

2.4 Méthode qualitative

2.4.1 Population d'étude

La population d'étude pour cette méthode est constituée de deux catégories :

1. Les informateurs clés : constitué d'acteurs institutionnels ayant de l'expérience dans la mise en place et/ou la supervision des GSAN.

Il s'agit :

- a. Niveau national
 - Chargés de programme de la Division de la Nutrition (DN) de la Direction Nationale de la Santé et d'Hygiène Publique (DNSHP),
 - Représentants de la Sous-Direction de la Nutrition,
 - Partenaires du gouvernement (ONG, agences des Nations Unies)
- b. Niveau régional
 - Point Focal Nutrition (PFN) de la Direction régionale de la santé (DRS),
 - Représentant de la Direction Régionale du Développement Social de la région (DRDS),
 - Représentant de la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille de la région (DRPFEF).
- c. Niveau district
 - Point Focal Nutrition du District de santé,
 - Directeur Technique de Centre (DTC) et responsable de maternité pour les Aires de Santé
 - Agent de santé communautaire et relai communautaire.
 - Représentant du Service Local de Développement Social et de l'Économie Solidaire (SLDSES),
 - Représentant du Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (SLPFEF),

- Représentant des partenaires de proximité (ONG),
- 2. Les bénéficiaires des activités réalisées par les groupes de soutiens aux activités de nutrition.

Il s'agit des femmes enceintes ou mères d'enfants de 0 à 24 mois ayant reçu au moins une visite de GSAN au cours des 3 mois précédents l'enquête.

2.4.2 Echantillon et technique d'échantillonnage

Pour les bénéficiaires, des focus groups ont été organisés. Nous avons conduit 3 au total avec un minimum de 4 participants par groupe et un maximum de 7.

Quant aux entretiens avec les informateurs clés, nous avons conduit 25 entretiens au total, 5 au niveau central et 10 par région.

Le nombre final de personnes interrogées et de focus groups réalisés a été déterminé par le principe de saturation empirique, c'est-à-dire « ne plus apprendre quelque chose de nouveau sur le sujet » [58].

Pour la sélection des participants à l'étude, elle a été faite de manière raisonnée avec les deux principales cibles. Les informateurs clés ont été sélectionnés sur la base de leurs connaissances et implications dans la mise en place et la coordination des GSAN, mais aussi, leur disponibilité. Pour les bénéficiaires, la sélection a été faite de sorte à avoir des membres de la communauté (femmes enceintes, mères d'enfants de 0 à 24 mois) ayant bénéficié des activités fournis par les GSAN au moins une fois durant les 3 mois précédents l'enquête.

2.4.3 Techniques de collecte des données

Deux techniques de collecte de données ont été utilisées dans le cadre de cette étude, une pour chaque cible. L'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données nous a offert la possibilité de comparer les résultats de l'analyse de convergence ou de divergence (triangulation, méthode de comparaison constante) [59].

1. Focus groups

Des focus groups d'une durée moyenne de 30 minutes, ont été organisés avec les bénéficiaires pour recueillir leurs perceptions sur le rôle des GSAN dans la communauté. Les groupes de discussion étaient composés de 4 à 7 membres issus du même village. La sélection des participants au groupe de discussion a été faite avec l'aide des animateurs des GSAN pour optimiser l'homogénéité des participants et la diversification des avis sur les questions qui sont abordées. Le traducteur nous a également servis d'animateurs lors des discussions. Les discussions sont tenues en langue locale et enregistrées à l'aide d'un dictaphone. La collecte des données s'est déroulée conjointement avec l'analyse de la saturation des données. Après

chaque focus group, le traducteur nous a traduit verbalement le contenu. Après la conduite de 2 focus groups, nous avons procédé à l'analyse de ces premiers enregistrements pour déterminer si de nouvelles informations émergent des discussions. Vu qu'il n'y avait pas de nouvelles informations, un 3ème focus a été organisé pour se rassurer que la saturation soit atteinte avant de décider d'arrêter l'organisation des discussions.

2. Entretiens avec les informateurs clés

Les entretiens individuels avec les informateurs clés ont été conduits pour recueillir leurs perceptions sur l'emploi des GSAN dans la mise en œuvre d'activités de prévention du retard de croissance.

Les entretiens individuels d'une durée moyenne de quinze minutes ont été planifiés avec les participants qui ont été contactés d'avance pour convenir d'un rendez-vous. Après la conduite de 4 entretiens au niveau central et de 9 entretiens dans chacune des régions, nous avons procédé à l'analyse de ces premiers enregistrements pour déterminer si de nouvelles informations émergent des interviews. Lorsque nous avons remarqué qu'il n'y a pas de nouvelles informations, nous avons organisé un 5^{ème} entretien au niveau central et un 10^{ème} entretien par région pour se rassurer que la saturation soit atteinte avant d'arrêter l'organisation d'entretiens individuels avec les informateurs clés.

2.4.4 Outils de Collecte de données

Des guides de collecte de données ont été développés pour les deux techniques utilisées dans cette étude. Quatre guides au total, un pour les informateurs clés du niveau national, un pour ceux du niveau régional, un pour ceux du niveau communautaire et un dernier pour les bénéficiaires, ont été développés.

Tout d'abord, le guide d'entretiens pour les groupes de discussion a été conçu pour les bénéficiaires. Cet outil est axé autour de questions semi-structurées sur les thèmes suivants : (i) caractéristiques sociodémographiques du bénéficiaire (âge, état physiologique, nombre d'enfants, lieu de résidence...) ; (ii) les prestations de services dont il bénéficie ; (iii) les avantages perçus de ces services (iv) les nouvelles pratiques qui ont découlés de cette prestation (v) les difficultés rencontrées dans l'application de ces pratiques (vi) des propositions de solutions.

Les trois autres guides sont des guides d'entretien individuel qui sont destinés aux informateurs clés. Ces guides varient selon le niveau de l'informateur et des renseignements qu'ils pourraient nous fournir. Il porte sur : (i) le profil socio-professionnel (titre, lieu de travail, responsabilité vis-à-vis des GSAN...) ; (ii) les interventions sensibles et spécifiques à la nutrition réalisées pour la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire ; (iii) les mécanismes de coordinations de ces interventions ; (iv) les succès obtenus avec la mise en place de ces

interventions ; (v) les défis rencontrés dans la mise en œuvre des activités et (vi) les propositions de solutions.

2.4.5 Analyse des données

La méthodologie d'analyse thématique a été employée dans le cadre de cette étude, en suivant un processus itératif. Cette approche a été choisie en raison de sa pertinence pour identifier et synthétiser les thèmes présents au sein d'un ensemble de données [60]. Cette analyse concerne les focus groups et les interviews individuelles.

- Transcriptions : nous avons effectué une traduction et une transcription textuelle des enregistrements audios qui sont faits sous anonymat par des numéros selon l'ordre des interviews.
- Familiarisation avec les données : nous avons fait la lecture et relecture des transcriptions afin de nous approprier des entrevues et de commencer à dégager un sens général du corpus.
- Codage : il a été inductif et déductif à la fois [61].
- Identifications, classification de thèmes et sous-thèmes : la « thématisation » en continu nous permet de construire au fur et à mesure l'arbre thématique du sujet. Les thèmes sont identifiés et notés puis regroupés et hiérarchisés. A l'aide du logiciel NVIVO 14 sous sa version d'essais gratuit, nous avons créé des thèmes et sous-thèmes, qui, dans le jargon de l'application sont appelés nœuds parents (thème) et nœuds enfants (sous-thème). La dernière étape a consisté à retrouver les similitudes entre les entretiens individuels, mais aussi les focus groups afin de laisser émerger des thèmes de manière inductive.

2.5 Considérations éthiques et déontologiques

Cette étude a été menée avec l'accord des autorités publiques du pays, notamment du Ministère chargé de la santé du niveau central et décentralisé (Mopti et Sikasso) et du Représentant de l'UNICEF au Mali. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a aussi été recueilli avant l'interview.

2.6 Limites et Difficultés rencontrés

- Insécurité dans certaines zones du pays dû à la présence des groupes armés non étatiques ; Cette situation a limité l'accessibilité à certains villages sélectionnés aléatoirement. Nous avons donc remplacé ces villages par d'autres qui sont sécurisés.
- Emploi de traducteurs, impossible de s'assurer de l'exactitude et de la complétude des informations traduites ;

- Saison pluvieuse : période de travaux champêtres populations indisponibles, mauvais états des routes dû aux fortes pluies, difficultés à mobiliser les participants sous la pluie ;
- Grande distance entre les villages augmentation du temps de voyage.

3. Résultats

3.1 Analyse du fonctionnement et de la couverture des GSAN dans les régions de Sikasso et Mopti

Au total, 430 membres des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) ont été enquêtés dans cette étude.

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des membres des GSAN

a. Sexe et âge des acteurs

Sur l'ensemble des 430 membres des GSAN inclus dans l'étude, 303 étaient de sexe féminin (70,47 %) et 127 étaient de sexe masculin (29,43 %) soit un sexe-ratio en faveur des femmes 0,42. L'âge moyen des acteurs était de $40,45 \pm 12,03$ ans avec des extrêmes de 16 à 75 ans. La médiane était de 38 ans et le mode de 32 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 30 à 40 ans non inclus avec une proportion de 33 %. Sur la figure 4 est présentée la répartition des acteurs communautaires selon les tranches d'âge.

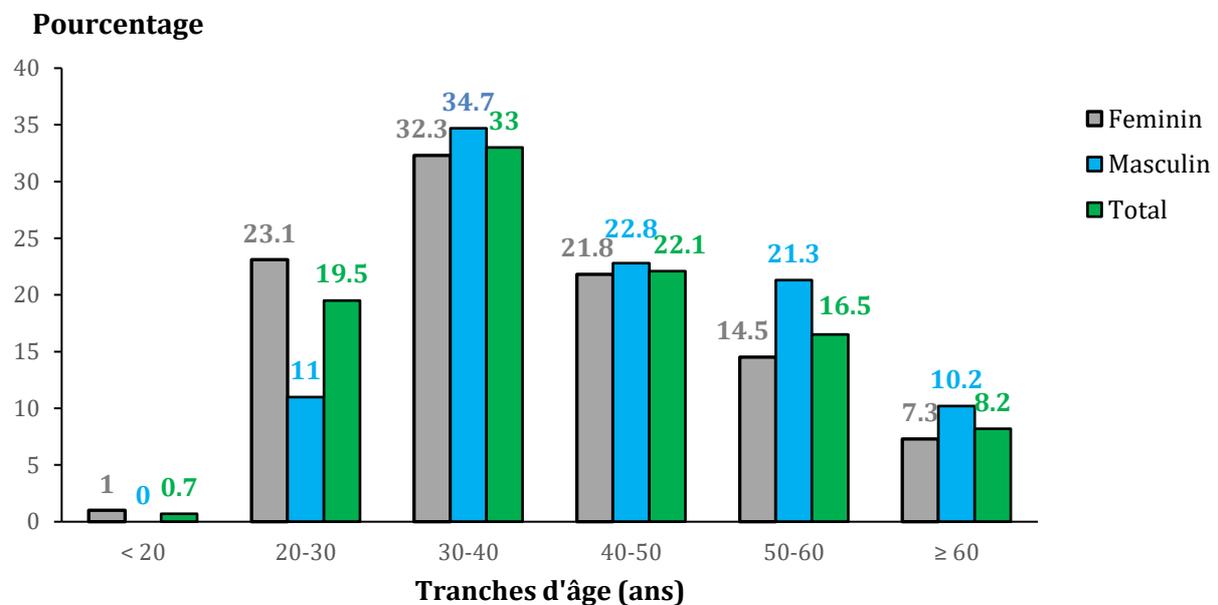


Figure 4 : Répartition des acteurs communautaires inclus dans l'étude selon les tranches d'âge

b. Niveau d'instruction, profession et ancienneté des acteurs

Parmi les acteurs, 46,5 % étaient non scolarisés et 53 % étaient des agriculteurs/éleveurs. L'ancienneté moyenne des acteurs était de $40,4 \pm 24,2$ mois avec des extrêmes de 1 à 156 mois. L'ancienneté moyenne des femmes était $39,33 \pm 11,9$ mois, avec une médiane de 43 mois, le mode était de 36 mois. Chez les hommes, la moyenne était de $43,1 \pm 12,0$ mois, la médiane de 43 mois et le mode de 36 mois. Dans le tableau III, est présentée la répartition des acteurs selon le niveau d'instruction, la profession et leur ancienneté.

Tableau III : Répartition des acteurs enquêtés selon le niveau d’instruction, la profession et l’ancienneté

	Total (N=430)		Féminin (N=303)		Masculin (N=127)	
	n	%	n	%	n	%
Niveau d’instruction						
Non scolarisé	200	46,5	145	47,9	55	43,3
Primaire	89	20,7	60	19,8	29	22,8
Secondaire	137	31,9	98	32,3	39	30,7
Supérieur	04	0,9	00	0,0	04	3,2
Profession						
Accoucheuse traditionnelle recyclée	07	01,6	07	02,3	00	0,0
Ménagère/ Sans emploi	62	14,4	61	20,1	01	0,8
Marchand/Commerçant	50	11,6	42	13,9	08	06,3
Relai communautaire	37	08,6	14	04,6	23	18,1
Agriculteur/Éleveur	228	53,0	147	48,5	81	63,8
Agent de santé communautaire	13	03,0	12	04,0	01	0,8
Élève/ Étudiant	14	03,3	10	03,3	04	3,1
Artisan/ Ouvrier	14	03,3	6	02,0	08	6,3
Autre*	05	01,2	04	01,3	01	0,8
Ancienneté (mois)						
<12	13	03,0	05	01,6	08	06,3
12-60	294	68,4	212	70,0	82	64,6
≥60	123	28,6	86	28,4	37	29,1

* : Adjoint au maire, Conseillère à la mairie, Infirmière, Enseignant(e)

c. Situation géographique des sites d’intervention par districts sanitaires et régions

Dans cette étude, 77,2 % des enquêtés étaient de la région de Sikasso comme présenté dans le tableau IV. Les districts sanitaires les plus représentés sont Kadiolo avec 24,4 % Niéna 19,7 % et Mopti 18,1 %.

Tableau IV : Répartition des acteurs enquêtés selon le district de santé et la région de résidence

	Total (N=430)		Féminin (N=303)		Masculin (N=127)	
	n	%	n	%	n	%
Région						
Mopti	98	22,8	62	20,5	36	28,3
Sikasso	332	77,2	241	79,5	91	71,7
District de santé						
Bandiagara	35	08,1	22	07,2	13	10,2
Kadiolo	100	23,2	69	22,8	31	24,4
Kignan	51	11,9	37	12,2	14	11,0
Mopti	63	14,7	40	13,2	23	18,1
Niéna	51	11,9	26	08,6	25	19,7
Sikasso	130	30,2	109	36,0	21	16,6

Dans la figure 5, sont présentés les points de localisation des sites d’intervention des membres de GSAN enquêtés sur une carte du Mali. Comme l’illustre la figure, il y a plus de GSAN dans la région de Sikasso que celle de Mopti.

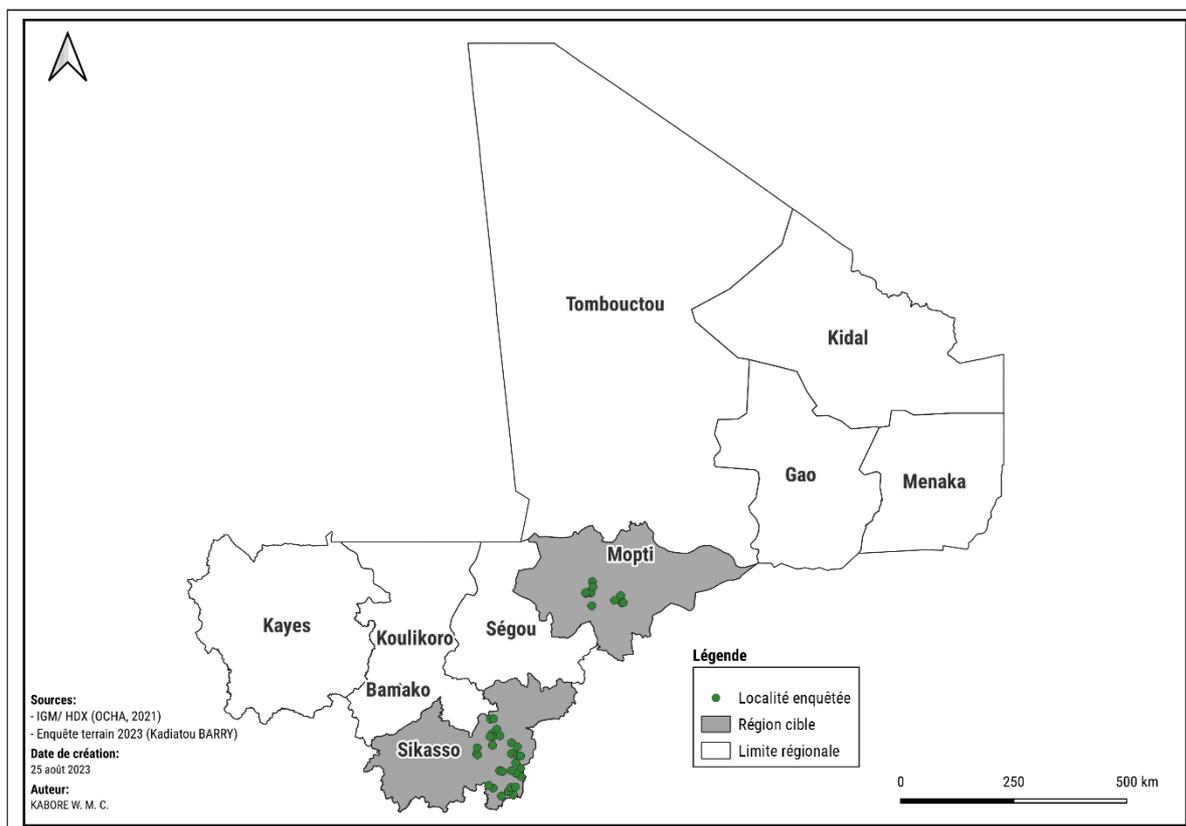


Figure 5 : Carte représentant les points GPS des sites d'interventions

3.1.2 Formations reçues par les acteurs pour les prestations

a. Formation suivie par les membres des GSAN

Sur 424 membres de GSAN ayant répondu à la question, 95,3 % ont affirmé avoir suivi des formations pour leurs prestations. Pour les acteurs ayant suivi plusieurs formations depuis le début de leurs activités, nous avons tenu compte de la date de la dernière formation. Nous constaterons donc que la plupart des acteurs ont été formés en 2020 (30,6 %) ; 2021 (22,2 %) et 2023 (19,4 %). Dans le tableau V, est présentée la répartition des acteurs selon les années de tenue des formations, leurs durées et leurs organisateurs.

Tableau V : Répartition des acteurs enquêtés selon le suivi de formation, l'année et la durée des formations ainsi que les instigateurs des formations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Formation suivie						
Oui	404	95,3	296	99,0	108	86,4
Non	20	04,7	03	01,0	17	13,6
Année de formation						
2013	04	1,0	02	0,7	02	1,9
2018	35	8,7	27	9,1	08	7,4
2019	53	13,1	42	14,2	11	10,2
2020	145	35,9	112	37,8	33	30,6
2021	64	15,8	40	13,5	24	22,2
2022	30	7,4	21	7,1	09	8,3
2023	73	18,1	52	17,6	21	19,4
Durée des formations (jour)						
1	11	02,7	10	03,4	01	0,9
2	174	43,1	135	45,6	39	36,1
3	219	54,2	151	51,0	68	63,0
Organisateur des formations						
Structures gouvernementales	31	7,9	16	5,5	15	14,3
Direction Régionale de la Santé	11	2,8	05	1,7	06	5,7
Développement social	08	2,0	04	1,4	04	3,8
CSRef	12	3,1	07	2,4	05	4,8
PTF	360	92	271	94	89	85,7
ACOD	130	33,2	91	31,7	39	37,5
AMPRODE SAHEL	127	32,4	97	33,7	30	28,8
Croix rouge	37	9,5	32	11,1	05	4,8
GAAS Mali	12	3,1	06	2,1	06	5,8
Harande	05	1,3	04	1,3	01	1,0
Humanité inclusive	13	3,3	09	3,1	04	3,8
Keneya Nieta	02	0,6	01	0,3	01	1,0
MPDL	17	4,3	17	5,9	00	0,0
WHH	05	1,3	04	1,4	01	1,0
World Vision	06	1,5	05	1,7	01	1,0
YA-G-TU	06	1,5	05	1,7	01	1,0

b. Thématiques abordées au cours des formations

Plusieurs thématiques ont été abordées au cours des formations faites par les structures/organisations à l'endroit des acteurs comme présenté dans le tableau VI. Les thématiques les plus fréquemment cités étaient en rapport avec la nutrition (100 %), la santé (99,5 %) et Wash (94,1 %).

Tableau VI : Répartition des acteurs enquêtés selon les thématiques abordées au cours des formations

	Total (N=404)		Féminin (N=296)		Masculin (N=108)	
	n	%	n	%	n	%
Thématiques abordées						
Nutrition						
Nutrition femme enceinte et allaitante	404	100,0	296	100,0	108	100,0
Allaitement maternel exclusif	404	100,0	296	100,0	108	100,0
Alimentation de complément	404	100,0	296	100,0	108	100,0
Causerie débat autour de la malnutrition	22	5,4	13	4,4	09	8,3
Supplémentation en micronutriments	10	2,5	10	3,4	00	0,0
Santé						
Vaccination	402	99,5	295	99,7	107	99,1
Consultation pré et post natale	402	99,5	296	100,0	106	98,1
Accouchement à l'hôpital, Paludisme	10	2,5	05	1,7	05	4,6
Moustiquaires imprégnées	14	3,5	08	2,7	04	3,7
Croissance de l'enfant	07	1,7	05	1,7	02	1,9
Vers de Guinée, Polio, Vit A	05	1,2	03	1,0	02	1,9
Planification familiale	42	10,4	29	9,8	13	12,0
Wash						
Hygiène, lavage des mains et désinfection d'eau	380	94,1	278	93,9	102	94,4
Construction de latrines	10	2,5	09	3,0	01	0,9
Protection						
Enregistrement de naissance	18	4,5	13	4,4	05	4,6
Mariage précoce	11	2,7	08	2,7	03	2,8
Stimulation psycho cognitive	06	1,5	04	1,4	02	1,9
Éducation						
	376	93,1	277	93,6	99	91,7

3.1.3 Activités communautaires réalisées au cours des prestations

a. Séances de sensibilisation

Les séances de sensibilisation ont été faites par 424 acteurs, soit 98,6 %. Parmi ces derniers, la fréquence moyenne de séances de sensibilisation par mois était de $2,93 \pm 1,7$ avec les extrêmes de 1 à 10. La médiane était de 2,5 et le mode de 2. Chez les femmes, la fréquence moyenne était de $3,1 \pm 1,8$ fois par mois avec une médiane de 2 et un mode de 2. Chez les hommes, la moyenne était de $2,5 \pm 1,2$, la médiane de 2,5 et le mode de 2.

Dans le tableau VII, est présentée la répartition des acteurs selon les activités de sensibilisation.

Tableau VII : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de sensibilisation réalisées au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Séances de sensibilisation						
Oui	424	100	299	100	125	100
Non	0	0	0	0	0	0
Domaine d'intervention						
Nutrition	169	39,9	106	35,5	63	50,4
Alimentation femmes enceintes	59	13,9	35	11,7	24	19,2
Allaitement maternel	134	31,6	94	31,4	40	32,0
Dépistage de la malnutrition	39	09,2	29	09,7	10	08,0
Planification familiale	71	16,7	49	16,4	22	17,6
CPN	329	77,6	232	77,6	97	77,6
Vaccination	210	49,5	151	50,5	59	47,2
Utilisation de moustiquaires	79	18,6	52	17,4	27	21,6
Utilisation de soins	01	0,2	01	0,3	0,0	0,0
WASH	229	54,0	148	49,5	81	64,8
Stimulation psycho cognitive	26	06,1	19	06,4	7	05,6
Enregistrement de naissance	26	06,1	21	07,0	5	04,0
Éducation	40	09,4	28	09,4	12	09,6
Fréquence de réalisation (mois)						
1	81	19,1	52	17,4	29	23,2
2	131	30,9	90	30,1	41	32,8
3	45	10,6	26	8,7	19	15,2
4	128	30,2	97	32,4	31	24,8
5	21	05,0	16	05,4	05	04,0
6	08	01,9	08	02,7	00	0,0
10	10	02,4	10	03,3	00	0,0

b. Séances de démonstrations nutritionnelles

Les séances de démonstrations nutritionnelles ont été faites par 414 acteurs, soit 97,6 %. Parmi ces derniers, la fréquence moyenne de séances était de $2,2 \pm 1,1$ avec les extrêmes de 1 à 4, la médiane était de 2 et le mode de 1. Chez les femmes, la fréquence moyenne était de $2,2 \pm 1,1$ fois par mois et chez les hommes de $2,1 \pm 1,1$. Les valeurs médianes et le mode restent les mêmes pour les femmes, les hommes et le total.

Dans le tableau VIII, est présentée la répartition des acteurs selon les activités de démonstrations nutritionnelles.

Tableau VIII : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de démonstrations nutritionnelles réalisées au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Séances de démonstrations nutritionnelles						
Oui	414	97,6	294	98,3	120	90,0
Non	10	02,4	05	01,7	05	10,0
Fréquence de réalisation (mois)						
1	146	35,3	102	34,7	44	36,7
2	125	30,2	95	32,3	30	25,0
3	74	17,9	42	14,3	32	26,7
4	69	16,7	55	18,7	14	11,6

c. Visites à domicile (VAD)

Les séances de visites à domicile ont été faites par 423 acteurs, soit 99,8 %. Parmi ces derniers, la fréquence moyenne de séances par mois était de $2,9 \pm 1,3$ avec les extrêmes de 1 à 6. Chez les femmes, elle était de $2,9 \pm 1,3$ fois par mois et chez les hommes de $2,8 \pm 1,3$. La médiane pour toutes les moyennes calculées était de 3 et le mode de 2.

Dans le tableau IX, est présentée la répartition des acteurs selon les visites à domicile.

Tableau IX : Répartition des acteurs enquêtés selon les visites à domicile réalisées au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Visites à domicile						
Oui	423	99,8	299	100,0	124	99,2
Non	01	0,2	00	0,0	01	0,8
Fréquence de réalisation (mois)						
1	56	13,2	35	11,7	21	16,9
2	141	33,3	104	34,8	37	29,8
3	57	13,5	42	14,0	15	12,1
4	113	26,7	75	25,1	38	30,6
5	46	10,9	33	11,0	13	10,5
6	10	02,4	10	03,3	00	0,0

d. Séances de dépistage de la malnutrition aiguë chez les enfants

Les séances de dépistage de la malnutrition aiguë ont été faites par 423 acteurs, soit 99,8 %. Parmi ces derniers, la fréquence moyenne de séances de sensibilisation par mois était de $3,6 \pm 2,4$ avec les extrêmes de 1 à 20. Chez les femmes, elle était de $3,7 \pm 2,5$ fois par mois avec les extrêmes de 1 à 20 et chez les hommes de $3,3 \pm 2,1$ avec les extrêmes de 1 à 10. La médiane pour toutes les moyennes calculées était de 3 et le mode de 4.

Dans le tableau X, est présentée la répartition des acteurs selon les activités de dépistage de la malnutrition aiguë.

Tableau X : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de dépistage de la malnutrition aiguë réalisées au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Activités de dépistage						
Oui	423	99,8	298	99,7	125	100
Non	01	0,2	01	0,3	00	0,0
Fréquence de réalisation (mois)						
1	78	18,4	52	17,4	26	20,8
2	84	19,9	59	19,8	25	20,0
3	59	13,9	33	11,1	26	20,8
4	113	26,7	87	29,2	26	20,8
5	28	06,6	22	07,4	06	04,8
6	20	04,7	14	04,7	06	04,8
7	10	02,4	07	02,3	03	02,4
9	10	02,4	06	02,0	04	03,2
10	20	04,7	17	05,7	03	02,4
20	01	0,2	01	0,3	00	0,0

e. Autres activités réalisées au cours des prestations

Plusieurs autres activités ont été réalisées par les acteurs, dont l'assainissement collectif effectué par 39 % des acteurs comme présenté dans le tableau XI. Cette activité est suivie par une animation au cours des événements culturels (5,4 %) et la création d'une caisse de solidarité (5 %).

Tableau XI : Répartition des acteurs enquêtés selon les autres types d'activités réalisées au cours des prestations

	Total (N=423)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	N	%	n	%	n	%
Animation au cours des événements sociaux	23	05,4	08	02,7	15	12,0
Assainissement collectif	165	39,0	104	34,8	61	48,8
Caisse de solidarité	21	05,0	16	05,4	05	04,0
Causerie et sketch	13	03,1	08	02,7	05	04,0
Travaux champêtres	10	02,4	07	02,3	03	02,4

f. Cibles d'intérêt

Les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les nourrissons de moins de 6 mois ont été les cibles les plus cités, comme indiqué dans le tableau XII, elles ont été mentionnées par 424 participants, soit un pourcentage de 100.

Tableau XII : Répartition des acteurs enquêtés selon les cibles d'intérêt vues au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Cibles d'intérêt						
Femmes enceintes	424	100,0	299	100,0	125	100,0
Femmes allaitantes	424	100,0	299	100,0	125	100,0
Nourrissons de moins 6 mois	424	100,0	299	100,0	125	100,0
Jeunes enfants de 6 à 23 mois	423	99,8	298	99,7	125	100,0
Adolescent(e)s	31	7,3	18	6,0	13	10,4
Enfants de moins de 5 ans	73	17,2	68	22,7	05	4,0
Hommes / Personnes âgées	186	43,9	123	41,1	63	50,4

g. Ménages couverts au cours des prestations

Les ménages ont été couverts par 424 acteurs communautaires dont le nombre moyen de ménages couverts par binôme pour les visites à domicile était de $23,7 \pm 9,5$ avec les extrêmes de 5 et 50. Ce nombre est de $24,4 \pm 10,2$ avec les extrêmes de 5 et 40 chez les hommes et de $21,9 \pm 9,1$ avec les extrêmes de 5 à 50 chez les femmes. La médiane de ménages couverts était de 25 et le mode de 30.

Dans le tableau XIII, est présentée la répartition des acteurs selon les ménages visités en fonction des districts de santé.

Tableau XIII : Répartition des acteurs enquêtés selon le nombre de ménages couverts par district de santé au cours des prestations

	Districts de santé					
	Bandiagara	Kadiolo	Kignan	Mopti	Niena	Sikasso
Nombre de ménages	n	N	n	n	n	n
<10	00	00	01	00	10	00
10-20	06	21	11	14	31	119
20-30	03	10	17	16	10	29
≥30	26	67	22	27	00	209

h. Equipements utilisés

Comme présentés dans le tableau XIV, les MUAC étaient les équipements les plus utilisés avec 99,3 %. Ceux-ci sont suivis par les matériels de démonstration nutritionnelle 92,5 % et les boîtes à images 88 %.

Tableau XIV : Répartition des acteurs enquêtés selon les équipements utilisés au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Équipements utilisés						
Boîtes à images	373	88,0	263	88,0	110	88,0
MUAC/Bande de Shakir	421	99,3	297	99,3	124	99,2
Matériels de démonstrations nutritionnelles	392	92,5	277	92,6	115	92,0

i. Types de matériels de démonstrations nutritionnelles utilisés

Dans cette étude, les kits de démonstrations nutritionnelles étaient constitués essentiellement des louches en fer de 250 mL, des bols en plastique de 250 mL et de marmites de 15 kg. Ceux-ci sont présentés dans le tableau XV et sont cités à des fréquences respectives de 372, 366 et 363 fois.

Tableau XV : Répartition des acteurs enquêtés selon les types de matériels de démonstration nutritionnelle utilisés par district de santé au cours des prestations

Matériels utilisés	Districts de santé					
	Bandiagara	Kadiolo	Kignan	Mopti	Niena	Sikasso
	n	n	n	n	n	n
1 Bassine en plastique avec couvercle de 100 L	23	90	51	19	23	72
1 Marmite 15 kg	23	100	51	43	43	103
1 Marmite 5 kg	29	90	51	52	43	63
1 sceau avec couvercle en plastique de 20 L	23	90	51	19	43	93
2 louches en fer de 250 mL	29	100	51	46	43	103
2 Malaxeur (fouet) en bois	29	90	42	44	43	86
12 bols en plastique de 250 mL	25	100	51	44	43	103
2 bols en plastique de 1 L	25	90	42	44	43	73
1 tasse en aluminium avec couvercle grand format	18	100	37	18	33	83
3 nattes en plastiques de 3 places	11	100	50	33	43	73

j. Autres matériels utilisés

Dans cette étude, plusieurs autres équipements ont été cités par les acteurs parmi eux, les fiches des 14 pratiques essentielles étaient mentionnées par 64 membres de GSAN et les cartes conseil par 29 participants comme illustre le tableau XVI.

Tableau XVI : Répartition des acteurs enquêtés selon les Autres équipements utilisés au cours des prestations et par district de santé

Autres Équipements	Districts de santé					
	Bandiagara	Kadiolo	Kignan	Mopti	Niena	Sikasso
	N	n	n	n	n	n
Carte conseil	00	00	00	00	00	29
Fiches de 14 pratiques essentielles	00	10	00	00	07	47
Jouets pour les enfants	00	31	06	00	00	00

k. Supports de collecte et rapportage de données

Les registres GSAN ont été utilisés par 412 acteurs comme présentés dans le tableau XVII. Ils sont suivis par les coupons de référence 387 et les fiches de pointages 184.

Tableau XVII : Répartition des acteurs enquêtés selon les supports de collecte et de rapportage des données utilisés au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Supports de collecte						
Registre GSAN	412	97,2	292	97,7	120	96,0
Fiches de pointage	184	43,4	146	48,8	38	30,4
Coupons de référence	387	91,3	273	91,3	114	91,2
Cahier de suivi de vaccinations	142	33,5	117	39,1	25	20,0
Registre communautaire	17	04,0	10	03,3	07	05,6
Rapports de suivi des activités	92	21,7	55	18,4	37	29,6

3.1.4 Contribution de la communauté à la motivation

La contribution de la communauté sur la motivation a été déclarée par 312 acteurs comme indiqué dans le tableau XVIII. Ces contributions concernaient la collecte d'argent, de céréales et d'autres intrants pour les démonstrations nutritionnelles.

Tableau XVIII : Répartition des acteurs enquêtés selon la contribution de la communauté au cours des prestations

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Contribution de la communauté sur la motivation						
Oui	312	73,6	216	72,2	96	76,8
Non	112	26,4	83	27,8	29	23,2
Type de contributions						
Collecte des intrants de démonstrations nutritionnelles	170	54,5	108	50,0	62	64,6
Collecte de céréales et d'argent	137	43,9	99	45,8	38	39,6

3.1.5 Modalités de supervision

a. Existence des supervisions

Sur les 430 acteurs, 06 ne se rappelaient plus si une supervision avait été faite au cours de leur prestation. Parmi les 424 acteurs restants, 415 avaient déclaré avoir reçu une mission de supervision (97,9 %) comme présentée dans le tableau XIX.

Tableau XIX : Répartition des acteurs enquêtés selon l'existence de supervisions

	Total (N=424)		Féminin (N=299)		Masculin (N=125)	
	n	%	n	%	n	%
Existence de supervision						
Oui	415	97,9	293	98,0	122	97,6
Non	09	02,1	06	2,0	03	02,4

b. Répartition des supervisions par niveau des superviseurs

Parmi les missions de supervisions effectuées, seulement 10,6 % venaient du niveau central. Dans l'ensemble, les ONG implantées localement ont réalisé plus de supervision que toutes les structures et/ou institutions gouvernementales avec 97,6 %.

Comme illustre la figure 6, pour tous les niveaux de supervision, les superviseurs ne donnaient pas systématiquement des feedbacks aux GSAN après la supervision. Par ailleurs, plus de la moitié des missions de superviseurs ne donnaient aucune suite aux demandes de formations et de soutiens formulées par les GSAN.

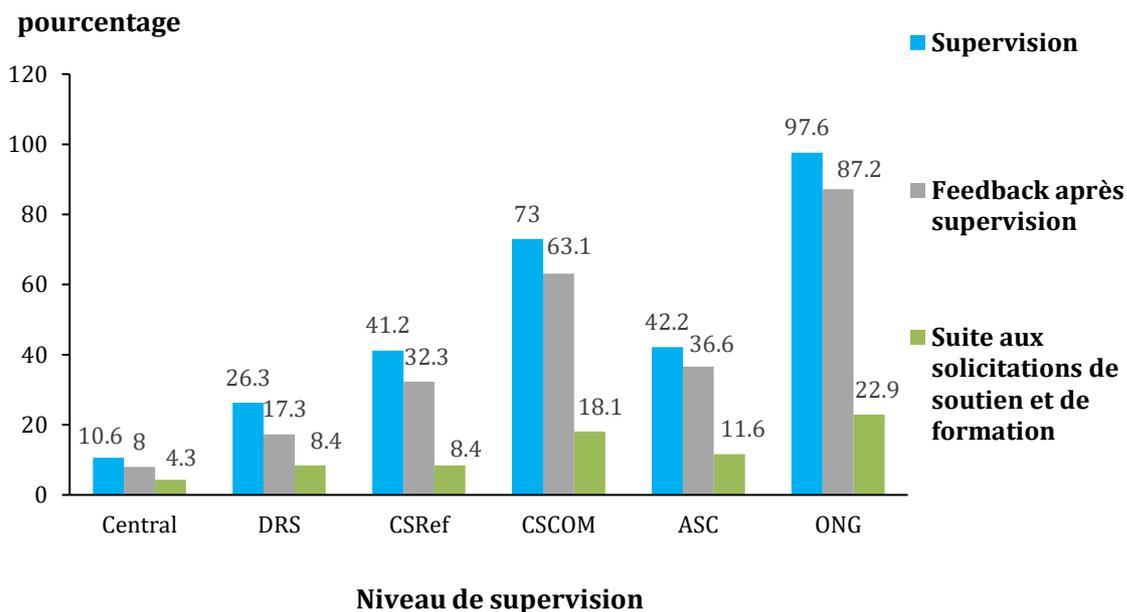


Figure 6 : Répartition des supervisions par niveau de superviseurs

*acteurs communautaires inclus dans l'analyse selon les niveaux de supervision (N=415)

3.2 Difficultés rencontrées par les GSAN dans la mise en œuvre de leurs actions

Les principales difficultés soulignées par les GSAN étaient le manque d'intrants et de céréales pour les démonstrations nutritionnelles (77,1 %), le manque de motivation (56,6 %) et le manque de moyens de déplacement et de communication (30,7 %). Dans le tableau XX, sont illustrées les difficultés rencontrées par les GSAN dans l'exercice de leurs activités.

Tableau XX : Répartition des acteurs enquêtés selon les défis rencontrés au cours des prestations

	Total (N=424)	
	n	%
Défis rencontrés		
Manque d'intrants et de céréales pour les démonstrations nutritionnelles	327	77,1
Manque de motivations	240	56,6
Manque de moyens de déplacement et de communication	130	30,7
Faible mobilisation des femmes lors des démonstrations nutritionnelles	128	30,2
Réticences et manque de courtoisie des communautés pour les VAD	82	19,3
Manque de formations	82	19,3
Pas d'eau potable	34	8,0
Manque de matériel d'assainissement	25	5,9
Faible adhésion des maris pour les CPN/CPoN à l'endroit des femmes.	15	3,5
Pas de sources lumineuses pour la réalisation de VAD la nuit	10	2,4
Honte des femmes qui n'ont pas cotisé à participer à la démonstration	10	2,4
Indisponibilité de recettes pour les démonstrations nutritionnelles	10	2,4
Difficultés de remplir les supports	09	2,1
Manque de registres pour les activités	08	1,9
Perte de matériels et de supports	06	1,4
Chaque animateur vient avec de nouvelles informations/recommandations	06	1,4

3.3 Opinions des bénéficiaires face à la qualité des services offerts par les GSAN

3.3.1 Caractéristiques des participants

L'échantillon est composé de vingt (20) bénéficiaires dont 7 femmes pour chacun des deux premier focus groups et 6 pour le 3ème. Parmi ces 20 femmes, 14 étaient allaitantes et 6 enceintes. L'âge moyen des femmes était de 25.5 ans avec des extrêmes de 17 et 39 ans.

3.3.2 Activités bénéficiées

Les activités rapportées par les bénéficiaires sont la vaccination, les séances de sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement collectif, les démonstrations nutritionnelles, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et la promotion de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants.

Focus group 3 : « Les activités dont nous bénéficions sont les démonstrations nutritionnelles une fois par mois, comment allaiter les enfants, la vaccination, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, comment utiliser la moustiquaire imprégnée. »

3.3.3 Avantages perçus des activités

Ces activités ont permis à la communauté d'avoir les connaissances nécessaires pour préparer une nourriture adaptée à leurs enfants. De plus, les femmes comprennent l'importance de la vaccination dans la prévention de nombreuses maladies. Elles sont également conscientes que l'utilisation de moustiquaires imprégnées peut prévenir le paludisme. Elles savent

également que pour garantir la santé et la vitalité des enfants, il est crucial de pratiquer l'allaitement exclusif et continu.

Focus group 2 : « On sait maintenant que la vaccination prévient la maladie. Et que chaque enfant a droit à la vaccination. Le fait de faire dormir son enfant sous une moustiquaire imprégnée lui évitera le paludisme. Il faut pratiquer l'allaitement exclusif et continu, car ça donne beaucoup de force à l'enfant. Il faut aussi suivre le planning familial pour espacer les naissances. »

Autrefois, dans l'incertitude, les villageois ne savaient pas comment préparer de la bouillie à haute valeur nutritive pour leurs enfants. Ils avaient des réticences envers la vaccination des enfants et négligeaient l'utilisation de la moustiquaire imprégnée durant le sommeil. De plus, l'allaitement exclusif n'était pas une pratique répandue. Cependant, grâce aux interventions des Groupes de Soutiens aux Activités de Nutrition (GSAN), ils ont acquis de nouvelles compétences. Ils sont désormais capables de préparer des bouillies enrichies et les enfants sont vaccinés. Aujourd'hui, nous constatons des améliorations significatives dans les pratiques au quotidien. Les foyers sont plus propres. La santé des populations s'est considérablement améliorée.

Focus group 3 : « Avant de bénéficier des activités des GSAN, on ne savait pas comment bien entretenir un enfant, comment bien nourrir un enfant. On ne savait pas que l'enfant ne devrait pas boire de l'eau avant 6 mois suivant sa naissance... Grâce aux GSAN, on sait désormais comment entretenir nos enfants, comment bien les nourrir et qu'il ne faut jamais donner à boire à un nouveau-né avant qu'il n'atteigne les 6 mois. Il faut toujours dormir sous une moustiquaire imprégnée. »

3.3.4 Relations des communautés avec les GSAN

Les participants ont rapporté que les liens qui les unissent aux GSAN sont solides, et qu'une communication efficace prévaut entre eux. Les interactions sont permanentes, que ce soit lors des visites à domicile, des séances de démonstration nutritionnelles ou des discussions en groupe. Nous percevons des avantages considérables résultant de cette collaboration. Leur soutien a été précieux pour les activités quotidiennes, et ils prodiguent des conseils à la communauté dans divers aspects de la vie. Les interactions de la communauté avec les membres des GSAN se caractérisent par une convivialité et une entente exemplaire. Leur amabilité et leur courtoisie sont des éléments marquants.

Focus group 1 : « Les relations sont bonnes, on se comprend parfaitement, on est toujours ensemble, que ça soit pendant les visites à domicile ou lors des séances de démonstrations nutritionnelles et pendant les causeries. Nous avons tiré beaucoup d'avantages de nos relations avec les GSAN. Ils nous ont beaucoup aidés dans nos activités quotidiennes. Ils nous donnent des conseils dans beaucoup de domaines de la vie. »

3.4 Avis des acteurs institutionnels sur l'implication des GSAN dans la mise en œuvre des activités de prévention du retard de croissance

3.4.1 Caractéristiques des acteurs

L'échantillon est composé de vingt-cinq (25) acteurs institutionnels, dont 5 du niveau national, 10 de la région de Mopti et 10 de la région de Sikasso. Parmi les 20 acteurs des régions de Mopti et Sikasso, 11 exercent au niveau régional et 9 au niveau communautaire. Il s'agit de cadres étatiques, responsables de structures, dont le Directeur de la sous-direction de la nutrition, le Coordinateur de la cellule de coordination multisectorielle de la nutrition, le Directeur régional de la Santé de Sikasso, le Chef de cabinet du Gouverneur..., ainsi que des partenaires techniques et/ou Financiers, dont L'UNICEF, l'USAID, ACF...

3.4.2 Politiques et stratégies

Plusieurs politiques et stratégies en lien avec la nutrition ont été mises en œuvre au Mali. Parmi elles, la politique nationale de la nutrition couvrant la période de 2011 à 2021, actuellement en processus de révision. Une autre politique importante est la politique nationale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle pour la période de 2019 à 2023. Ces politiques fournissent une vision, des orientations et des directives pour améliorer la situation nutritionnelle du pays. D'autres stratégies ont également été développées, comme la stratégie traditionnelle et la stratégie bébé-mère, visant à aborder différentes facettes de la malnutrition.

Un plan d'action multisectoriel de nutrition pour la période 2021-2025 visant à renforcer les actions en matière de nutrition a également été élaboré. Plusieurs stratégies complémentaires ont aussi été élaborées et mises en œuvre ; il s'agit notamment ; i) de la stratégie de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adoptée en 2014 ; ii) de la stratégie de la santé maternelle et de la nutrition ; ainsi que iii) la stratégie "WASH in Nut" (eau, assainissement et hygiène liés à la nutrition).

Ces politiques et stratégies sont toutes en cohérence avec le programme décennal de la santé et s'inscrivent dans une approche multisectorielle pour aborder les différentes dimensions de la malnutrition. De plus, elles couvrent divers domaines tels que la sécurité alimentaire, la santé maternelle, le Wash, l'éducation, la décentralisation..., qui contribuent tous directement ou indirectement à améliorer la nutrition.

Les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) agissent comme interfaces entre la communauté et le système de santé. Ils sont des acteurs de la stratégie des Soins Essentiels de la Communauté mise en place en 2009 au Mali. Leur mandat principal est de promouvoir une nutrition adéquate au sein de leurs communautés. Les GSAN sont également connectés au système de prestation de soins de santé, travaillant en étroite collaboration avec les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) et les agents de santé communautaire dont une des attributions est la supervision de leurs activités.

Les politiques et stratégies de nutrition incluent également des protocoles opérationnels. Par exemple, le protocole PCIMA (Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë) a été élaboré pour guider les actions liées à la prise en charge des cas de malnutrition aiguë.

Inf clé 12 : « les GSAN, sont des interfaces entre la communauté et les structures de santé.... Ils sont liés aussi à une stratégie qu'on appelle les soins essentiels de la communauté qui a été développée par le Mali en 2009. C'est juste un mandat d'animer la promotion de la bonne nutrition, mais ils sont aussi liés à un système de prestation de soins de la santé parce qu'il dépend de CSCOM qui est leur appui technique à travers le relais et les agents de santé communautaire parce qu'eux aussi doivent superviser les échanges. »

3.4.3 Activités réalisées

Les GSAN jouent un rôle clé dans la sensibilisation, les démonstrations nutritionnelles, la promotion des bonnes pratiques familiales, le dépistage de la malnutrition et le référencement vers les structures de prise en charge des cas. Les GSAN font également la promotion des bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène et la vaccination. En outre les GSAN en s'appuyant sur des activités telles que l'élevage, la pêche et l'agroforesterie font la promotion des aliments indispensables à une bonne alimentation et nutrition.

Inf clé 16 : « Nos activités avec les GSAN portent beaucoup plus sur la communication et cette communication s'adresse aux interventions communautaires intégrées. Donc, vous allez trouver que quand on fait ces activités, on ne parle pas que de nutrition. On parle de vaccination, de CPN, d'enregistrement de naissance, d'hygiène et d'assainissement et aussi d'éducation. »

Inf clé 15 : « Il y a vraiment une série d'activités telles que la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, l'introduction des aliments de complément, l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes et la mobilisation sociale se fait autour des campagnes SIAN, supplémentation en vitamine A. Ils font le dépistage en masse. Ils font la promotion des pratiques d'hygiène et d'assainissement au niveau du village et pendant les visites à domicile. Ils font aussi la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés à base d'aliments locaux la recherche active de cas de maladie et leur référence soit chez l'ASC, soit au niveau du centre de santé communautaire. »

3.4.4 Mise en œuvre des activités

Les membres des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) sont préalablement formés et équipés afin d'accomplir leurs tâches. En effet, ils reçoivent une formation qui leur confère les compétences nécessaires pour mener à bien leurs missions. Ces compétences incluent des aptitudes en communication interpersonnelle, une connaissance approfondie des questions de nutrition, de l'approche des 1000 jours, ainsi qu'une compréhension des pratiques alimentaires appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Les GSAN tiennent des registres dans le cadre du suivi de leurs activités. Les registres GSAN par exemple leur permettent de documenter leurs actions et de rendre compte de leurs niveaux de réalisations. Ces registres sont essentiels pour la traçabilité des activités effectuées et pour s'assurer que les activités sont menées de manière adéquate.

L'implémentation des GSAN se déroule progressivement, avec une formation initiale et des formations régulières de remise à jour pour les membres. Lorsqu'un projet ou une initiative est lancé, la première étape consiste souvent à former les GSAN dans les différentes localités.

Ces formations peuvent s'étendre sur plusieurs jours et couvrir diverses thématiques liées à la nutrition et aux pratiques appropriées.

Les GSAN sont souvent organisés en binômes ; chaque binôme étant chargé de suivre et de soutenir environ 30 ménages. Dans le cadre de leurs activités, les GSAN maintiennent un lien étroit avec les centres de santé, transmettant leurs données et rapports à travers l'Agent de Santé Communautaire (ASC) dont relève le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Ils mettent en œuvre des activités de communication interpersonnelle pour sensibiliser les familles sur les bonnes pratiques nutritionnelles et de soins. Ils organisent également des animations et des démonstrations nutritionnelles pour mieux illustrer les concepts par la pratique.

Inf clé 19 : « Dans l'approche de mise en place des GSAN, en partenariat avec les élus locaux et les acteurs de la santé. Nous descendons au niveau des communes, leur expliquer l'avantage et l'intérêt de la mise en place de GSAN. Après, nous descendons au niveau village pour identifier les gens pour leur expliquer les critères d'éligibilité et ensuite, on appelle les personnes identifiées et on les forme. Après leur formation, c'est à ces personnes de mener elles-mêmes les activités. Nos facilitateurs de terrain, sont là pour le suivi de la mise en œuvre de leurs activités après la formation. »

a. Rôle des GSAN dans la mise en œuvre

Les GSAN jouent un rôle de grande importance dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles en raison de leur capacité à susciter l'adhésion et l'acceptation de leurs actions au sein de la communauté. Ils sont en quelque sorte un lien ouvert, agissant comme un pont entre la communauté et le système de santé, diffusant des messages de sensibilisation sur des thématiques tels que l'allaitement maternel, l'alimentation de complément et la vaccination. Ils détiennent et transmettent l'information juste et utile et jouent un rôle semblable à celui joué par un Agent de Santé Communautaire (ASC). Le rôle principal des GSAN est d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'activités en collaboration avec les structures de santé, les collectivités et la communauté elle-même. Ils organisent des sessions de sensibilisation en groupe sur diverses thématiques, ainsi que des séances de visites à domicile. Ce rôle comprend également des visites pour observer la mise en pratique des enseignements fournis dans les ménages, ainsi que des démonstrations nutritionnelles. Ils interviennent également dans le domaine de la déviance positive et du changement comportemental au sein de la communauté.

Inf clé 10 : « Ils sont à peu près une ouverture ; on dit souvent qu'ils sont le cordon ombilical entre la communauté et le système de santé et ils vont passer les messages pour sensibiliser sur l'allaitement maternel par exemple. Ils ont l'information et ils la font passer. C'est comme s'ils jouent le rôle de l'ASC. »

b. Relation des acteurs institutionnels avec les GSAN

Les échanges avec les GSAN ne sont pas compliqués ; tout dépend de l'approche, de leur niveau de compréhension et de leur propre rôle. Depuis leur implantation, la communication entre eux et les acteurs institutionnels est fluide en utilisant leur langue ; ceci a grandement facilité les échanges d'informations. Les relations sont amicales et productives et les rapports entretenus avec les GSAN sont positifs et harmonieux.

Inf clé 24 : « Les activités de GSAN ont débuté dans les années 2015 avec l'UNICEF dans notre zone. Les GSAN sont nos partenaires et nos relations sont cordiales. »

c. Financement des activités

Depuis leur recrutement, il a été clairement stipulé qu'être membres de GSAN repose sur le bénévolat ; ils ne reçoivent donc pas de salaire. Il est important de préserver ce principe de bénévolat tout en offrant des motivations ponctuelles qui ne s'apparentent pas à un salaire régulier. Par contre, dans certaines zones comme Bandiagara, les GSAN (Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition) sont soutenus financièrement pour mettre en œuvre des Activités Génératrices de Revenus (AGR) dont les bénéfices sont utilisés pour financer certaines de leurs activités, notamment les démonstrations culinaires et nutritionnelles. Ce mécanisme crée un lien solide entre les femmes, membres des GSAN. En effet, ceci les amène à travailler collectivement pour générer des ressources. Bien que les activités des GSAN soient basées sur le volontariat, la motivation reste en fin de compte un facteur essentiel. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre le bénévolat et des mécanismes de motivations ponctuelles pour assurer la pérennité de ces initiatives.

Inf clé 1 : « Il y a certains GSAN qui ont reçu 300 000 francs XOF par groupe dans le cadre d'appui à la mise en place d'AGR. Ces 300 000, leur permettent de mener des activités qui produisent des bénéfices, dont ils se servent pour financer les démonstrations nutritionnelles. La pratique d'AGR fait que les femmes sont tout le temps ensemble parce qu'elles ont un bien commun.... Je vous donne un exemple : si on donne 50 000 à une femme, on va lui dire dans la semaine de faire tout pour amener un bénéfice de 1 000 francs, mais si elle arrive à gagner 10 000 elle ramène les 1000 francs et les 9 000 sont à elle. C'est avec ces 1 000 francs qu'on va faire la démonstration nutritionnelle. »

d. Coordination des activités des GSAN

Plusieurs structures gouvernementales sont impliquées dans la mise en œuvre des activités sur le terrain ; on retrouve le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), l'Association de la Santé Communautaire (ASACO), les mairies, ainsi que les Sites d'Agents de Santé Communautaire (ASC). Cette collaboration s'étend jusqu'au niveau des districts, impliquant le service de développement social, de la promotion de la femme et l'enfance au niveau du district sanitaire et du cercle. Par ailleurs, plusieurs partenaires techniques et/ou financiers, notamment l'UNICEF à travers les ONG World Vision, AMPRODE et ACOD, l'ONG GAAS Mali et l'USAID à travers les projets Keneya Nieta en cours et Harande qui a déjà pris fin, ont contribué aux efforts de soutien des GSAN dans leurs activités.

Inf clé 25 : « La formation des GSAN est organisée par les CSCOM avec l'appui du CSRef, de la DRS et de la Direction Régionale du Développement Social et de la Promotion de la Femme. »

Les principaux acteurs communautaires impliqués aux côtés des GSAN dans les activités communautaires de prévention de la malnutrition sont essentiellement les mamans Yellen, les groupements de femmes, les femmes leaders...

Les différentes appellations attribuées à ces acteurs semblent découler de leur rôle spécifique dans les interventions menées. Toutefois, ils peuvent effectuer des tâches similaires, ce qui peut parfois causer des conflits de rôle et de compétences. Pour promouvoir une collaboration plus efficace, la notion de plateforme communautaire a été mise en place. Une plateforme communautaire rassemble l'ensemble des acteurs, qu'ils soient impliqués dans la nutrition, l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'administration, les politiques.

Les interventions de ces acteurs sont coordonnées, avec la participation des chefs de village, des leaders religieux, des conseillers des mairies, des relais communautaires, et des ASACO

(Agents de Santé Communautaires). Rassembler les efforts de différents acteurs de la communauté permettrait d'améliorer les pratiques de nutrition au sein de la communauté.

Inf clé 15 : « Les GSAN travaillent aussi avec les autres acteurs communautaires tels que les femmes utilisatrices des services de santé, les comités villageois de santé, les comités eau, hygiène assainissement. »

Inf clé 16 : « Au niveau du terrain, il y a une multitude d'acteurs qui interviennent et avec parfois des approches différentes ; c'est une situation qu'il va falloir voir. L'UNICEF par exemple peut avoir son approche par rapport à la lutte contre la malnutrition avec les GSAN et un autre partenaire avec d'autres acteurs dénommés différemment va venir avec une autre approche différente et malgré le fait que tous ces acteurs travaillent avec les mêmes populations. On va parler alors de GSAN, de maman Yellen, de relais, de groupement de femmes... Selon le partenaire qui soutient telle ou telle entité. Cette situation fait que souvent, il y a des rivalités entre acteurs communautaires. »

e. Choix et composition des GSAN

Les membres des GSAN sont choisis par la communauté elle-même, ce qui favorise la confiance et la légitimité. Leur engagement et leur investissement personnel sont importants pour le succès des activités. Ils sont constitués, de leaders locaux (leaders religieux, chefs de villages, les référents traditionnels) qui sont très écoutés dans la communauté, des relais communautaires, et des tradi-thérapeutes. La composition est à 95 % féminine. Les GSAN sont constitués en grande partie de femmes, car elles ont une meilleure influence sur les femmes du village pour promouvoir les bonnes pratiques de nutrition et de santé.

Les critères de sélection des membres des GSAN sont nombreux et incluent : le fait de savoir lire et écrire ; et un engagement crédible dans la communauté. Le nombre de membres varie de 4 à 12 par village.

Inf clé 18 : « Il est plus aisé de choisir une femme comme membre de GSAN. Elle a peut-être déjà été enceinte ou allaitante. Elle a donc plus facilement accès aux autres femmes du village et est mieux préparée et indiquée pour sensibiliser ses consœurs. Nos villages sont vraiment de petites entités où une femme quand elle tombe enceinte, tout le village est au courant. C'est dans ce sens que les autres femmes peuvent l'approcher pour la conseiller d'assister aux CPN, de recourir aux structures de santé pour son accouchement, de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. C'est d'ailleurs plus facile pour une femme de sensibiliser une autre par rapport à un homme de sensibiliser une femme. Il y a aussi des jeunes, et même des chefs de village qui sont membre des GSAN. »

3.4.5 Avantages liés à l'emploi des GSAN

Les GSAN sont considérés comme un prolongement de l'équipe de santé, ce qui facilite l'extension des activités dans les villages et auprès de la population. Ils sont choisis localement et sont issus de la même communauté. Cela les rend plus efficaces pour sensibiliser et encourager le changement de comportement, car ils comprennent les réalités locales. Les GSAN sont des agents de changement de comportement et facilitent l'accès aux informations de santé.

Le volontariat des GSAN, leur connaissance des problèmes de la communauté et leur proximité avec les villageois sont des avantages majeurs. Ils sont crédibles, efficaces et n'ont

pas de coûts de déplacement. L'implication des GSAN renforce la prise de conscience collective dans les villages. Ils contribuent à réduire la malnutrition, améliorent l'état de santé global des populations et soutiennent le développement du village.

Inf clé 9 : « Au prime abord, les GSAN constituent pour le programme de nutrition une porte d'entrée au niveau de la communauté... En plus des activités réalisées par les GSAN, nous avons la notion de déviance positive ou les GSAN ont appliqué les conseils nutritionnels que les techniciens leur donnent à travers leur quotidien. Les gens suivent leur exemple dans la communauté et opèrent des changements de comportement. »

3.4.6 Mécanismes de supervisions

La fréquence des supervisions varie en fonction du niveau hiérarchique. Du niveau national vers les GSAN, du niveau régional vers les GSAN et du niveau périphérique vers les GSAN. Les supervisions nationales étant moins fréquentes que celles régionales et ainsi de suite.

Il existe également des superviseurs communautaires déployés dans les villages pour assurer un suivi adéquat et plus rapproché. Ces superviseurs ont pour mission d'observer la conduite des activités sur le terrain, et de fournir des orientations pour améliorer la qualité des activités. Ces supervisions sont des supervisions formatives qui se déroulent en présentiel et visent à évaluer ce qui fonctionne bien, ce qui nécessite des améliorations et à apprécier les résultats obtenus. Elles sont organisées à des fréquences variables : du niveau central vers les GSAN, elles sont semestrielles ; du niveau régional vers les GSAN, trimestrielles et du niveau périphérique vers les GSAN mensuelles. Les superviseurs se rendent auprès des GSAN pour examiner et apprécier les activités en cours, vérifier les supports utilisés pour le travail et s'assurer que les actions sont conformes aux directives et aux objectifs assignés. Ils participent à des discussions, à des causeries et à des démonstrations nutritionnelles et font un retour de leurs observations aux GSAN. Les supervisions sont un élément essentiel pour garantir le succès des programmes de nutrition communautaires et pour s'assurer que les interventions sont adaptées aux besoins locaux et continuent de produire des résultats positifs.

Inf clé 15 : « L'objectif des supervisions, c'est de voir la bonne application de la stratégie ANJE, par les GSAN. La supervision directe des GSAN est assurée par l'ASC, le DTC et le chargé de nutrition du district, mais aussi par le service du développement social, la promotion de l'enfant au niveau du district sanitaire et du cercle. Ces acteurs peuvent faire des supervisions conjointes avec les partenaires de mise en œuvre dans leur zone de couverture. Ils se servent d'une grille de supervision standard et c'est le Ministère de la Santé qui est le garant de cet outil de supervision. Il est universel et tout le monde l'utilise dans le pays. »

3.4.7 Défis rencontrés

Les défis rencontrés sont : l'insécurité, la disponibilité des acteurs communautaires, la coordination entre les différentes parties prenantes, la motivation des membres des GSAN, les obstacles logistiques et financiers, les croyances traditionnelles, et la collaboration avec les acteurs gouvernementaux.

La question de la supervision se pose fréquemment. En raison de l'insécurité, il est difficile d'atteindre certains villages pour évaluer le déroulement des activités.

Les difficultés varient en fonction des périodes. Pendant la saison pluvieuse, comme c'est le cas actuellement, il est souvent difficile de rassembler les membres des groupements, car ils sont occupés par les activités agricoles.

La poursuite des démonstrations nutritionnelles en l'absence de soutien financier des partenaires constitue également un défi. De plus, le manque de documentation décrivant clairement la procédure de mise en œuvre des activités des groupes de soutien à la nutrition est un obstacle.

La collecte et la remonté des données présentent des lacunes, ce qui entraîne des informations manquantes dans les systèmes de collecte. L'accès limité des Agents de Santé Communautaires (ASC) à certains villages pose un problème, car ceux-ci sont chargés de faire remonter les données des GSAN vers les CSCOM. Les GSAN se trouvant dans des villages qui n'ont pas d'ASC éprouvent donc des difficultés à faire remonter leurs données au CSCOM.

Un autre obstacle majeur pour les acteurs communautaires est la question de leurs motivations en qualité de bénévoles. Les membres des GSAN sont souvent choisis par la communauté elle-même et sont censés servir bénévolement. Cependant, le manque de compensation affecte souvent leur engagement. La communauté suppose parfois à tort que les membres des GSAN sont motivés par des intérêts personnels.

La coordination entre les différents acteurs est également un défi, car différents partenaires peuvent avoir des approches variées dans la lutte contre la malnutrition. Par ailleurs, la persistance de certaines croyances traditionnelles demeure un défi dans la lutte contre la malnutrition.

inf clé 16 : « Dans les familles, vous allez voir les enfants qui souffrent de malnutrition, mais personne ne sait que c'est la malnutrition, soit les gens pensent que c'est les mauvais sorts ou des sorciers. Le premier défi communautaire, c'était d'abord d'informer et de sensibiliser les gens par des séances de renforcement de capacité »

La non-appropriation des activités par les acteurs gouvernementaux peut entraîner un manque de suivi et de continuité. De plus, l'engagement des communautés est parfois limité, et la pérennité des activités dépend souvent de la présence des partenaires.

Inf clé18 : « Les difficultés avec les membres de la communauté, c'est qu'ils ne sont pas conscients de l'aspect bénévole des GSAN pensant à tort que ceux-ci sont rémunérés... La communauté peut par compensation leur accorder des avantages. Aujourd'hui, c'est ce qui manque... Si vous voulez utiliser un membre de GSAN pour une activité qui va prendre une journée ou qui doit prendre une demi-journée alors que ce n'est pas son activité principale, il va s'attendre à quelque chose. »

Démissions des membres de GSAN

Il existe des cas où des membres quittent les GSAN, mais généralement, les anciens membres trouvent des personnes pour remplacer les démissionnaires. Les départs peuvent être dus à diverses raisons, telles que l'absence de motivation, les contraintes de déplacements dues à l'âge, les opportunités de travail rémunéré ailleurs, les convenances personnelles, les décès, ... Par exemple, une femme a quitté le groupe après que son mari ait désapprouvé son implication dans les activités des GSAN. Dans l'ensemble, bien que des départs puissent se produire, la plupart des membres restent engagés et il y a généralement plus de volontaires prêts à rejoindre les GSAN.

Inf clé 10 : « Je connais une femme qui a démissionné parce que son mari a dit ne pas aimer son travail. Elle passe toute la journée à se promener dans la ville soi-disant qu'elle effectue des visites à domicile ; son mari a demandé à sa femme de démissionner. Son mari pensait au début qu'il y avait une motivation, mais quand il a su qu'il n'y en avait pas, il a demandé à sa femme de démissionner. »

Inf clé 24 : « Il y a des individus qui quittent les GSAN, après avoir constaté qu'il n'y avait pas de motivation. Il y a d'autres qui sont partis pour les sites d'orpaillage qui sont plus intéressants en termes de rémunération. »

3.4.8 Proposition de solutions

Les Activités Génératrices de Revenus (AGR) permettent aux GSAN d'avoir des revenus pour gérer certaines dépenses de famille. Par ailleurs, ces activités peuvent contribuer en nature ou en espèce à la mobilisation de certains ingrédients pour les démonstrations nutritionnelles. Il serait donc bénéfique d'étendre ces activités à tous les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN), permettant ainsi aux membres de se réunir et collaborer plus fréquemment. Pour ce faire, il serait avantageux de créer des opportunités d'AGR au profit des femmes, telles que des jardins de maraîchage ou des projets de pisciculture, afin d'améliorer la disponibilité d'aliments nutritifs tout en augmentant les revenus des ménages.

Lorsqu'il s'agit de faire face aux problèmes sécuritaires, il est impératif de respecter scrupuleusement les consignes de sécurité. Les situations volatiles nécessitent une approche prudente et préparée. Pour éviter de mettre en danger les intervenants, il est conseillé de s'informer auprès des services techniques et de planifier les missions de supervision et de suivi lorsque les conditions le permettent, tout en tenant compte des priorités et des contraintes locales.

Pour assurer la pérennité des actions entreprises, il est essentiel de considérer trois composantes essentielles pour les GSAN : la connaissance technique pour agir en tant qu'agents de changement, les compétences en matière de collaboration multisectorielle avec les acteurs locaux, ainsi qu'un comportement inspirant pour catalyser l'engagement de la communauté.

Inf clé 11 : « La durabilité de cette stratégie ; j'aimerais que vous notiez les trois composantes : il faut que les GSAN aient 3 C, la Connaissance technique d'un agent de changement de comportement, les Compétences d'un agent de changement multisectorielle et multi-acteur, il faut que le Comportement des GSAN inspire sans quoi cet aspect ne va pas loin. La plupart de ces programmes vont finir bientôt parce qu'il n'y a pas assez de ressources pour les financer, mais il faut que vous preniez en compte que si on va nous demander d'investir les ressources publiques là-dessus, il faut que le retour d'investissement soit à hauteur les finances publiques. »

3.4.9 Eléments de Succès

Dans plusieurs communes, nous constatons une forte impulsion de la contribution de la communauté aux activités communautaires, notamment à travers la collecte de céréales. Les collectivités s'engagent activement, surtout pour aborder des défis qui vont au-delà de la simple nutrition. Un exemple concret provient de la région de Sikasso, où un outil appelé "outil

de diagnostic communautaire" a été instauré entre 2016-2017. Cet outil évalue divers paramètres, incluant le cycle de vie et toutes les thématiques de renforcement des systèmes.

Un autre exemple est le fait que les collectivités et les communes prennent des mesures pour combler les lacunes dans les domaines tels que l'éducation, et l'accès à l'eau potable. Cette initiative reflète une prise de conscience et un investissement en faveur du bien-être collectif.

Les résultats parlent d'eux-mêmes : à Yorosso par exemple, le taux de malnutrition a été réduit de moitié. La malnutrition chronique a diminué de 30,2 % en 2012 à environ 15,4 % en 2016, et la malnutrition aiguë sévère est passée de 2,3 % à 0,4 %. Cette amélioration s'accompagne de la réduction des maladies, d'une meilleure salubrité et d'un renforcement de l'éducation. Les GSAN ont joué un rôle clé dans ce succès. Leurs actions ont également allégé la charge de travail des techniciens de santé, en contribuant à la mobilisation pour diverses campagnes, y compris dans le cadre de la lutte contre le COVID-19.

L'engagement des GSAN dans la nutrition présente de nombreux avantages tangibles. Grâce aux démonstrations nutritionnelles, moins d'enfants souffrent de malnutrition. Les GSAN à travers leur engagement ont contribué à retrouver des enfants perdus de vue, à améliorer les taux de vaccination et à augmenter la fréquentation des services de santé maternelle et infantile. Le rôle des GSAN s'étend à l'éducation des familles sur les bonnes pratiques familiales essentielles y compris l'importance de l'allaitement maternel exclusif, malgré les défis culturels liés aux pratiques traditionnelles.

Inf clé 20 : « L'implication de GSAN dans la nutrition a beaucoup d'avantages. Avant que les groupes de GSAN n'arrivent, il y avait beaucoup d'enfants malnutris ; actuellement, avec leurs activités de démonstration nutritionnelle, il y a moins d'enfants malnutris... Il y avait beaucoup d'enfants qui étaient perdus de vue dans le cadre de la vaccination alors que celle-ci n'était pas terminée. Le dynamisme des GSAN à travers les visites à domicile a permis de retrouver ces enfants et de compléter leur vaccination. Beaucoup de femmes qui refusaient de faire les CPN qui ont commencé à fréquenter le centre de santé. »

4 Discussion

Cette recherche constitue l'une des premières études qui s'est penchée sur la contribution des groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) aux activités de prévention du retard de croissance au Mali. Son objectif était de recueillir des informations sur les activités des GSAN et de mettre en évidence les obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre de ces initiatives. L'objectif ultime de cette étude était de formuler des recommandations pour étendre et pérenniser les activités, promotionnelles et préventives des GSAN.

Dans le cadre de cette étude, des entretiens ont été menés en impliquant des intervenants institutionnels du niveau central, jusqu'au niveau local, ainsi que les membres des GSAN et les bénéficiaires de leurs activités. L'accent a été mis sur la contribution de ces GSAN à la réduction du retard de croissance, tant au niveau des régions de Mopti et Sikasso qu'au niveau national. Les résultats ont montré que des activités à la fois sensibles et spécifiques à la nutrition sont réalisées sur le terrain.

Il est important de souligner que cette étude a permis d'identifier les politiques, les plans et les stratégies qui encadrent l'établissement et le fonctionnement des GSAN. Elle a également mis en lumière les approches efficaces pour former ces groupes, définir les thématiques et les activités qu'ils mènent ainsi que les principales étapes de mise en œuvre. En outre, elle a identifié les avantages et les réussites issus de ces activités, tout en mettant en évidence les obstacles rencontrés lors de leur exécution.

4.1 Politiques et stratégies

Le Mali a adopté un ensemble de politiques et de stratégies en lien avec la nutrition qui reflètent une approche holistique et multisectorielle pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.

Les différentes politiques, plans et stratégies semblent s'inscrire dans une approche cohérente et complémentaire. Elles couvrent un large éventail de domaines, tels que la santé maternelle, la sécurité alimentaire, l'éducation et l'hygiène... Cette approche holistique est essentielle pour aborder les multiples causes de la malnutrition et garantir des résultats durables.

La mise à jour de la politique nationale de la nutrition et d'autres stratégies montre un engagement continu à s'adapter aux besoins changeants de la population et aux nouvelles réalités. Cela reflète également une volonté d'apprendre des expériences passées et d'intégrer de nouvelles données et connaissances.

L'approche multisectorielle est cruciale pour lutter efficacement contre la malnutrition. Les défis de la malnutrition sont souvent interconnectés, impliquant des aspects de santé, de sécurité alimentaire, d'éducation et d'hygiène. En adoptant une approche qui implique plusieurs secteurs, le Mali semble reconnaître la complexité de la malnutrition et cherche à

coordonner les efforts de manière cohérente. D'après **Goudet et al.** dans une revue systématique parue en 2019, les interventions nutritionnelles pour réduire le retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles intègrent un environnement favorable à la nutrition en créant et en mettant en place un groupe de travail multisectoriel centré sur la nutrition, une collaboration étroite avec les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation [62].

Les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) jouent un rôle important en tant qu'interface entre la communauté et le système de santé pour promouvoir une nutrition adéquate au niveau local. Cela reflète la reconnaissance du fait que la lutte contre la malnutrition nécessite une implication active de la communauté elle-même. L'appellation de ces groupes est en train d'évoluer vers (plateformes communautaires) pour tenir compte de l'aspect multisectoriel. Les activités de ces groupes sont régies par le guide de mise en œuvre de la stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Mali et de la note d'orientation de l'opérationnalisation des plateformes communautaires [18,29].

Bien que ces politiques et stratégies semblent prometteuses, il est important de reconnaître les défis et les limitations possibles. Cela pourrait inclure des contraintes budgétaires, des problèmes de mise en œuvre, des difficultés liées à la collaboration intersectorielle au niveau local et des obstacles d'ordres culturels ou sociaux.

4.2 Mise en place des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition

Les critères de sélection, tels que la représentation diversifiée, la capacité à lire et à écrire, et l'engagement crédible dans la communauté, garantissent que les membres des GSAN sont bien préparés pour leur rôle et qu'ils sont capables de diffuser efficacement les informations.

Impliquer la communauté elle-même dans le choix des membres des GSAN renforce la confiance et la légitimité de ces groupes. Cette approche contribue également à garantir que les membres choisis sont bien intégrés dans la dynamique locale et ont un lien étroit avec les besoins et les préoccupations de la communauté. Dans l'étude menée par **Belem et al.** en 2017, un réseau de Cellules d'Éducation Nutritionnelle a été établi dans 99 villages d'un district sanitaire du Burkina Faso, avec un appui provenant des comités villageois de nutrition. Les résultats obtenus sur une période d'une année mettent en évidence plusieurs améliorations significatives. Les connaissances des mères concernant les bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) se sont beaucoup améliorées. De plus, il y a eu une augmentation du nombre de cas de malnutrition aiguë identifiés et référés vers les centres de santé [63].

Selon la revue systématique de **Robert & Feijoo** en 2022, des progrès ont été constatés grâce à l'adoption de méthodes participatives visant à impliquer les bénéficiaires et les acteurs locaux dans les processus d'évaluation et de conception. La participation des bénéficiaires et

des parties prenantes locales dans la mise en œuvre des interventions permet de potentialiser l'acceptabilité et la durabilité de ces interventions [64].

La diversité au sein des GSAN, avec la participation de référents traditionnels, de leaders locaux, d'Agents de Santé Communautaire (ASC), de relais, de tradi-thérapeutes et de leaders religieux, semble être une démarche stratégique. Cela permet de toucher différents segments de la population et d'adapter les messages en fonction des croyances et des pratiques locales.

La composition à majorité féminine des GSAN, combinée à leur lien avec les femmes du village, favorise une meilleure diffusion des pratiques de nutrition et de santé. Cela peut jouer un rôle crucial dans la promotion de comportements sains au sein de la communauté. Les femmes jouent souvent un rôle central dans les soins prodigués aux enfants et aux nourrissons, et ont également un impact sur les pratiques nutritionnelles au sein de la famille et de la communauté.

La formation préalable des membres des GSAN est cruciale pour leurs capacités à mener à bien leurs missions. Les compétences en communication interpersonnelle, en nutrition et en approche des 1000 jours sont particulièrement importantes pour établir un lien solide avec les membres de la communauté et pour transmettre des informations précises. *Ghods et al.* rapportent dans une méta-analyse menée en 2021, que les interventions menées pour la nutrition à base communautaire ont impliqué la formation d'agents de santé communautaires ou de bénévoles dans les techniques de consultation nutritionnelle avec les mères, le suivi de la croissance de l'enfant et l'introduction de l'alimentation complémentaire. L'impact de ces interventions a été observé sur les soins et les pratiques alimentaires des mères et des enfants auxquelles elles étaient destinées [65].

4.3 Mise en œuvre des activités

Les activités communautaires menées par les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) au Mali démontrent le rôle important de ceux-ci en faveur de la promotion des bonnes pratiques familiales, du dépistage et référencement des cas, de la prise en charge et des pratiques optimales d'alimentation. Pour ce faire, les GSAN s'appuient sur un éventail d'activités. Ils encouragent aussi les pratiques agricoles telles que l'élevage, la pêche et l'agroforesterie pour soutenir des sources d'une alimentation nutritives et diversifiées. Ces activités englobent également, la promotion de plats locaux de hautes valeurs nutritives, ainsi que la diffusion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement.

L'utilisation de registres GSAN pour documenter les activités et les résultats est un élément crucial de leur démarche. Ces registres permettent de rendre compte de manière précise des réalisations. Ils sont essentiels pour assurer le suivi et l'évaluation des activités menées et pour garder une trace de toutes les actions entreprises.

Lors de la mise en œuvre de projets ou d'initiatives, la première étape entreprise consiste à former les GSAN dans leurs localités. Ces formations approfondies couvrent une variété de domaines et de thématiques liés à la nutrition et aux bonnes pratiques familiales recommandées.

Les GSAN travaillent souvent en binômes ; chaque binôme étant responsable d'environ 30 ménages. Ils maintiennent un lien fonctionnel étroit avec les centres de santé à travers l'Agent de Santé Communautaire (ASC). C'est ainsi, que les données collectées et les rapports d'activités des GSAN sont régulièrement transmis au Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Leur engagement se traduit par des activités de communication interpersonnelle pour sensibiliser les familles aux bonnes pratiques nutritionnelles et de soins. Les animations et les démonstrations nutritionnelles sont également organisées pour concrétiser ces concepts à travers des séances pratiques.

Dans la revue systématique menée par **Goudet et al.** en 2019, les femmes appartenant au groupe d'intervention pour prévenir le retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois ont pris part à des sessions éducatives mensuelles sur divers thématiques, tels que la valeur nutritive des aliments, l'importance de l'allaitement maternel exclusif, la mise en place d'un régime alimentaire approprié pendant la grossesse et la période d'allaitement, les techniques culinaires visant à préserver au mieux les nutriments, ainsi que la sensibilisation aux tabous alimentaires liés à la grossesse et à l'alimentation infantile. Une démonstration pratique a également été présentée, illustrant la préparation d'un plat local hautement nutritif à partir d'ingrédients locaux, abordables et facilement accessibles [62].

Le rôle des GSAN s'étend au-delà de l'exécution de tâches spécifiques. Leur engagement est soutenu par des plateformes communautaires qui coordonnent et suivent les activités au niveau local et régional. Cela favorise une intégration plus fluide et une synergie d'actions entre les différents acteurs et les activités liées à la nutrition.

4.4 Avantages des activités

L'engagement actif des GSAN présente de nombreux avantages tangibles. Leurs activités de démonstrations nutritionnelles ont permis de vulgariser des recettes nutritives à base d'aliments locaux. De plus, les GSAN ont contribué à : repérer au sein des communautés des enfants souffrant de MAG non suivis et de leur référer au CSCOM ; améliorer les taux de vaccination et augmenter la fréquentation des services de santé maternelle et infantile. Ils jouent également un rôle éducatif en informant les familles sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif, malgré les obstacles culturels qui peuvent persister.

Dans une étude menée en 2021, **Berhanu et al.** ont examiné les effets des conversations communautaires améliorées sur les pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants, en mettant l'accent sur les 1000 premiers jours de vie. Les résultats de cette

recherche ont démontré des améliorations notables grâce à ces conversations. Les discussions communautaires améliorées, qu'elles soient enrichies de contenu virtuel ou non, ont eu un impact positif sur les pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants. Les conversations enrichies par du contenu virtuel ont montré des résultats plus favorables en ce qui concerne plusieurs aspects, tels que l'adoption d'une alimentation minimale acceptable, les soins postnatals, les consultations prénatales, la supplémentation en fer et en acide folique, ainsi que les pratiques d'hygiène comme le lavage des mains. Ces discussions ont influencé positivement les pratiques essentielles liées à la nutrition et aux soins, contribuant ainsi à améliorer la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants [66].

Selon l'étude menée par **Belem et al.** en 2017, les cellules d'éducation nutritionnelle jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux services de prévention et de traitement de la malnutrition, en particulier dans les régions rurales. De plus, les cellules d'éducation nutritionnelle renforcent l'efficacité de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) et encouragent la mise en œuvre de la stratégie des bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) [63].

L'implication des GSAN a contribué à créer un sentiment d'appartenance et de solidarité au sein de la communauté. Les membres de la communauté ont pris conscience de leur rôle décisif dans la lutte contre la malnutrition et de ce fait sont motivés à participer activement aux activités menées par les GSAN. Leur action a été un catalyseur de changement en modifiant les attitudes et en promouvant des pratiques favorables à la santé et à la nutrition. Les séances de démonstrations nutritionnelles, telles que la préparation de bouillies enrichies, a particulièrement porté ses fruits dans la prévention de la malnutrition.

Selon l'évaluation du programme de nutrition communautaire menée par **Sangho et al.** au Mali en 2013, les résultats obtenus concernant les femmes enceintes et les enfants, montrent que 80,9 % des femmes enceintes interrogées ont utilisé des moustiquaires imprégnées d'insecticide pendant leur sommeil. De plus, 64,9 % ont rapporté avoir consommé du Fer Acide Folique (FAF), et 59,1 % ont pris de la Sulfadoxine Pyriméthamine. Quant à l'allaitement, 71,6 % des femmes ont pratiqué l'allaitement exclusif. Ces résultats illustrent les différentes mesures de santé et de nutrition qui ont été mises en place et adoptées dans le cadre du programme de nutrition communautaire, démontrant ainsi des avancées significatives en termes de pratiques et de comportements favorables à la santé des femmes enceintes et des enfants [67].

D'après les résultats d'une méta-analyse menée par **Bhutta et al.** en 2020, plusieurs pays ont réussi à considérablement réduire la prévalence du retard de croissance chez les enfants. Cette réussite a été obtenue avec ou sans une diminution des disparités géographiques, économiques et autres. Ces avancées ont été rendues possibles grâce à la mise en place d'interventions à la fois dans le secteur de la santé/nutrition et en dehors de celui-ci. Malgré des variations contextuelles significatives et une diversité de situations, les contributions des

secteurs de la santé et de la nutrition, représentant 40 % du changement, se sont avérées comparables à celles des autres secteurs (50 %) précédemment considérés comme sensibles à la nutrition. L'amélioration de l'éducation maternelle, de la nutrition des mères, des soins maternels et néonataux, ainsi que la réduction de la fécondité et des intervalles entre les grossesses, ont joué un rôle déterminant dans cette évolution positive [68].

Selon l'étude réalisée par *Janmohamed et al.* en 2019, les plateformes communautaires ont montré leur potentiel pour accroître la portée des interventions nutritionnelles et pour améliorer l'équité dans la prestation de services. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces plateformes englobent des agents de santé communautaires ainsi que des groupes de pairs, comme les femmes et les mères, qui offrent des services de santé et de nutrition au niveau de la communauté.

Dans de nombreux pays, l'extension de la portée du système de santé a été réalisée grâce à la formation d'agents de santé communautaires, chargés de dispenser des interventions essentielles de santé et de nutrition à faible coût. Cela inclut des conseils sur la nutrition prénatale, les pratiques appropriées d'allaitement et de diversification alimentaire, la supplémentation en micronutriments, ainsi que le suivi de la croissance des nourrissons. Les preuves suggèrent que des agents de santé communautaires correctement formés peuvent améliorer les pratiques nutritionnelles clés des mères, des nourrissons et des enfants.

Les plateformes communautaires sont également des canaux essentiels pour atteindre les adolescent(e)s, qui ont tendance à moins rechercher des soins préventifs dans les établissements de santé. Ces approches participatives au niveau communautaire démontrent leur efficacité pour renforcer l'accès aux services de santé et de nutrition, en particulier dans les contextes à ressources limitées [28].

L'étude menée par *Janmohamed et al.* en 2020 rapporte les conclusions d'une méta-analyse portant sur les effets des visites à domicile effectuées par les agents de santé communautaires (ASC) ainsi que des plateformes de groupes de mères/pairs sur l'amélioration des pratiques nutritionnelles. Comparativement aux soins conventionnels, les visites à domicile réalisées par les ASC ont montré une augmentation significative de l'initiation précoce de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif. De plus, les groupes de mère/pairs ont eu un impact positif en favorisant la diversité alimentaire minimale chez les enfants et en augmentant la fréquence minimale des repas [21].

4.5 Défis rencontrés

La mise en œuvre des activités des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) au Mali fait face à une série de défis, reflétant la complexité inhérente à la promotion de la nutrition à l'échelle communautaire. Ces défis peuvent avoir un impact sur l'efficacité et la continuité des efforts déployés.

L'instabilité sécuritaire dans certaines régions peut entraver la mise en œuvre et la supervision des activités des GSAN en compliquant les déplacements même des membres des groupes, ce qui entraîne des répercussions sur la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des activités dans certaines zones.

La saisonnalité des activités agricoles peut rendre difficile la mobilisation des membres des GSAN et celle des populations. L'engagement des membres peut être affecté pendant les périodes de pic d'activités agricoles, limitant leur disponibilité pour participer activement aux activités des GSAN et leur capacité à regrouper les populations pour certaines activités. Néanmoins, ces activités agricoles permettent à la communauté d'avoir des stocks de céréales et vivres pour leur alimentation.

La poursuite des démonstrations nutritionnelles en l'absence de soutien financier des partenaires peut être un obstacle. En outre, les contraintes financières et logistiques notamment dans le transport des matériaux de démonstration nutritionnelle aux lieux indiqués à cet effet et le transport des membres des GSAN pour les VAD dans les Hameaux éloignés peuvent entraver la mise en œuvre des activités.

La mise en place d'un mécanisme de motivation durable des membres des GSAN constitue un défi majeur en raison de la nature bénévole de leur rôle. Ce manque de motivation pourrait influencer leur niveau d'engagement.

Les lacunes dans la collecte et le transfert des données des GSAN aux centres de santé à travers les Agents de Santé Communautaires (ASC) peuvent entraîner une faible complétude des données dans les systèmes d'information en place. L'accès limité des ASC à certains villages peut également poser des problèmes pour la transmission des données.

La coordination entre différents acteurs peut être complexe, en particulier lorsque divers partenaires ont des approches différentes pour lutter contre la malnutrition. La plateforme communautaire est proposée pour harmoniser ces approches divergentes.

La persistance de croyances et/ou pratiques traditionnelles peut poser des défis en matière d'information et de sensibilisation. Les croyances ancrées au sein des communautés peuvent influencer les choix alimentaires et les pratiques de soins. Par ailleurs, les GSAN peinent à atteindre le nombre de visites à domicile qu'ils sont censés effectuer. Cela est souvent lié à une réticence de certains ménages à recevoir les VAD. Ceci est corroboré par l'étude menée par **Berhanu et al.** en 2021 indiquant que des difficultés sont rencontrées pour respecter le nombre prévu de visites mensuelles ou pour susciter des discussions avec les pères lors de ces rencontres [66].

La faiblesse du niveau d'appropriation des activités par les acteurs étatiques et les élus locaux peut entraîner un manque de suivi et de continuité des activités dans le temps. De plus, la pérennisation des activités peut toujours dépendre de partenaires extérieurs.

Les départs des membres des GSAN peuvent survenir pour diverses raisons, allant des contraintes et/ou convenances personnelles aux opportunités de travail rémunéré. Cependant, la plupart des GSAN ont mis en place des mécanismes pour assurer le remplacement des membres sortants.

Le refus de certains maris de bénéficiaires pour l'adhésion de leur épouse à certaines activités comme la participation aux CPN constitue également une difficulté dans la mise en œuvre des recommandations des GSAN. Ceci constitue un résultat surprenant, car les résultats de l'étude menée par **Berhanu et al.** en 2021 révèlent que les pères et les maris montrent une réceptivité significative aux informations relatives à la nutrition maternelle et infantile. Il semble que les hommes soient plus enclins que les femmes à prendre l'initiative de mettre en place les changements de comportements à domicile [66].

Recommandations

A l'issue de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes.

Au Ministère de la santé/Sous-direction de Nutrition (SDN)

- Elaborer un document national régissant les conditions de mise en place et les mécanismes de fonctionnement y compris la coordination des GSAN.
- Faire une cartographie nationale de tous les acteurs communautaires y compris les GSAN.
- Poursuivre le plaidoyer auprès des partenaires financiers de la nutrition pour l'amélioration de la couverture des GSAN et pour la systématisation de mécanismes de motivation à l'image des AGR dans le paquet des GSAN.
- Mettre en place des outils consensuels administrant les activités des GSAN et leur adoption et utilisation par l'ensemble des intervenants sur le terrain.
- Vulgariser le livret de recettes à base de produits locaux, tenant compte des diversités régionales et des habitudes alimentaires des populations locales.

Aux Directions Régionales de la Santé (DRS)/Districts

- Valoriser et motiver les acteurs communautaires en les impliquant mieux dans la conduite d'activités d'envergures nationales, telles que les campagnes de supplémentation en vit A, de déparasitage des enfants, de vaccination, de chimioprophylaxie saisonnière du paludisme...
- Améliorer les mécanismes de suivi et de supervision des activités des GSAN.
- Etablir des alliances au niveau régional et local pour renforcer la participation communautaire dans la mise en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.
- Explorer des mécanismes innovateurs permettant de renforcer le leadership des acteurs communautaires y compris des GSAN.

Aux Centres de Santé Communautaire (CSCOM)/Associations de Santé communautaire (ASACO)

- Faire le plaidoyer pour la prise en compte des interventions de nutrition dans les plans de développement local des communes.
- Organiser les interventions des GSAN de manière que chaque GSAN soit fonctionnellement rattaché à un ASC.
- Sensibiliser les ménages pour une plus grande participation et contribution à la collecte des intrants nécessaires pour les démonstrations nutritionnelles.

- Assurer le financement des supervisions formatives de proximités des acteurs communautaires.
- Sensibiliser les hommes pour plus de participation aux activités des GSAN.
- Trouver des stratégies et ou des mécanismes endogènes de motivation des GSAN.

Aux Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN)

- Mettre à profit les visites à domicile pour renforcer les capacités des ménages dans la production de farines enrichies au niveau domestique.
- Sensibiliser les ménages et collecter les céréales pour la démonstration nutritionnelle auprès de la communauté juste après la récolte,
- Identifier des approches innovantes pour assurer la mobilisation continue des GSAN et des populations durant les périodes d'activités agricoles.
- Mobiliser et mieux impliquer les hommes dans les activités de GSAN.

Aux partenaires techniques et/ou financiers

- S'aligner aux orientations et aux directives nationales dans la mise en œuvre et la conduite des projets et programmes au niveau communautaire.
- Poursuivre la mobilisation des ressources pour soutenir le gouvernement dans ses efforts d'opérationnalisation de la politique nationale de santé communautaire et des soins essentiels dans la communauté.
- Renforcer la collaboration et le partenariat entre partenaires pour plus de complémentarités et d'appuis concertés aux programmes de prévention du retard de croissance.

Conclusion

Les groupes de soutien aux activités de nutrition sont un atout majeur dans la prévention du retard de croissance au Mali. Ils mènent des activités intersectorielles qui couvrent la nutrition, la santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'éducation et la protection. Ils sont des acteurs de changement de comportement au sein des communautés en contribuant au renforcement des connaissances et des pratiques essentielles pour le bien-être sanitaire et nutritionnel des populations.

Dans l'ensemble, les GSAN jouent un rôle essentiel et déterminant dans les activités de nutrition. Ils ont réussi à instaurer des changements positifs au sein de la communauté, en sensibilisant, en éduquant et en mobilisant efficacement les populations pour améliorer la santé et le bien-être de tous.

Les témoignages reflètent une prise de conscience grandissante et une adhésion croissante aux pratiques et aux changements recommandés. Les GSAN sont clairement perçus comme des acteurs centraux et indispensables dans la promotion de la nutrition et de la santé au niveau communautaire. Cependant, les conditions de travail de ces groupes, liés en grande partie à l'absence de motivation, constituent un obstacle à la pérennisation de leurs activités.

Instaurer un mécanisme de motivation à travers par exemple des activités génératrices de revenus (AGR) constituerait une bonne alternative pour stimuler et motiver l'engagement personnel des membres des GSAN et pour assurer la pérennisation de leurs interventions.

References bibliographiques

1. UN IGME. Levels & Trends in Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Child Mortality [Internet]. 2023 janv [cité 13 juin 2023]. Disponible sur : <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2021/12/UNICEF-2021-Child-Mortality-Report.pdf>
2. OMS. Enfants : améliorer leur survie et leur bien-être. Sept 2020 [cité 8 mai 2023] ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
3. UNICEF-WHO-The World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates (JME) — Levels and Trends – 2023 edition [Internet]. 2023 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur : <https://data.UNICEF.org/resources/jme-report-2023/>
4. UNICEF. Nutrition Strategy 2020-2030 (Document) - French.pdf [Internet]. 2020 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.UNICEF.org/media/108926/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20\(Document\)%20-%20French.pdf](https://www.UNICEF.org/media/108926/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20(Document)%20-%20French.pdf)
5. Huybregts L, Becquey E, Zongrone A, Le Port A, Khassanova R, Coulibaly L, et al. The impact of integrated prevention and treatment on child malnutrition and health: the PROMIS project, a randomized control trial in Burkina Faso and Mali. BMC Public Health. 9 mars 2017 ;17 :237.
6. UNICEF. Rapport annuel de l'UNICEF 2022 [Internet]. 2023 mai [cité 13 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.UNICEF.org/media/141016/file/UNICEF%20Annual%20Report%202022%20FR.pdf>
7. FAO, FIDA, UNICEF, PAM, OMS. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022 [Internet]. FAO ; 2022 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur : <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc0639en>
8. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective en septembre 2022. 12e édition au Mali [Internet]. 2023 mars [cité 19 avr 2023]. Disponible sur : https://instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/rafsmart22_eq.pdf
9. ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali. Plan d'action multisectoriel de nutrition 2021-2025. 2021.
10. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective dans les districts sanitaires de Yorosso (Sikasso) et Bankass (Mopti) au Mali. 2012.
11. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé [Internet]. 2018 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>

12. Equipe technique nationale MODA (Multiple Overlapping Deprivation Analysis). Privations multidimensionnelles et pauvreté des enfants au Mali. 2022 mars.
13. UNICEF, OMS. Progrès en matière d'eau d'assainissement et d'hygiène des ménages. 2021.
14. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective en juin_juillet 2011. 1ère édition au Mali [Internet]. 2011 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur : https://instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/rafsmart11_eq.pdf
15. UNICEF Mali, ACF Mali. Fiche de capitalisation des expériences ANJE et Nutrition maternelle_Experience de Yorosso. 2018.
16. UNICEF Mali, ACF Mali. External evaluation of the EU/UNICEF partnership on nutrition security. 2015.
17. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali. Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective. 2016.
18. UNICEF Mali. Note d'orientation de l'opérationnalisation des plateformes communautaires. 2023.
19. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Soins essentiels dans la communauté : guide national pour la mise en œuvre [Internet]. 2015 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2019-05/Mali%20Policy%20Document%28Republic%20of%20Mali%2C%202015%29.pdf>
20. UNICEF. Implementation Support Guide: Development of a National Georeferenced Community Health Worker Master List hosted in a registry | UNICEF [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.UNICEF.org/documents/implementation-support-guide-development-national-georeferenced-community-health-worker>
21. Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, Bhutta ZA. The Effects of Community Home Visit and Peer Group Nutrition Intervention Delivery Platforms on Nutrition Outcomes in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. Févr 2020 ;12(2) :440.
22. OMS. D'après un rapport de l'ONU, la faim dans le monde progresse et pourrait avoir touché jusqu'à 828 millions de personnes en 2021. Juill 2022 [cité 9 mai 2023] ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbers-rose-to-as-many-as-828-million-in-2021>
23. Rueda-Guevara P, Botero-Tovar N, Trujillo KM, Ramírez A. Worldwide evidence about infant stunting from a public health perspective: A systematic review. *Biomédica*. 22 sept 2021 ;41(3) :6017-554.

24. ACF. Politique sécurité nutritionnelle [Internet]. 2018 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur : https://knowledgeagainsthunger.org/wp-content/uploads/2018/11/2018_ACF_Politique-Securite-Nut_FR.pdf
25. Onis M, Borghi E, Arimond M, Webb P, Croft T, Saha K, et al. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutr.* Janv 2019 ;22(1) :175-9.
26. UNICEF. Soins de santé communautaires, y compris la sensibilisation et les campagnes, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 | UNICEF [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.UNICEF.org/documents/community-based-health-care-outreach-campaigns-covid-19-pandemic>
27. ACF. Optimiser l'impact nutritionnel des interventions sécurité alimentaire et moyens d'existence [Internet]. Action contre la Faim. 2011 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.actioncontrelafaim.org/publication/optimiser-limpact-nutritionnel-des-interventions-securite-alimentaire-et-moyens-dexistence/>
28. Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, Bhutta ZA. The effectiveness of community, financial, and technology platforms for delivering nutrition-specific interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *Campbell Syst Rev.* 2019 ;15(3) : e1037.
29. République du Mali. Guide de mise en œuvre de la Stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Mali. 2014.
30. UN Nutrition. 2021_Global_Nutrition_Report_French.pdf [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur : https://globalnutritionreport.org/documents/775/2021_Global_Nutrition_Report_French.pdf
31. Kouyaté SAE. Déterminants du statut nutritionnel des enfants de 6-59 mois et de leurs mères dans les cercles de Yélimané, Baraouéli, Kati, Kolokani et Bandiagara en 2018-2020. 2020 [cité 11 avr 2023]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6221>
32. Takele K, Zewotir T, Ndanguza D. Understanding correlates of child stunting in Ethiopia using generalized linear mixed models. *BMC Public Health.* 22 mai 2019;19(1):626.
33. Tamir TT, Techane MA, Dessie MT, Atalell KA. Applied nutritional investigation spatial variation and determinants of stunting among children aged less than 5 y in Ethiopia: A spatial and multilevel analysis of Ethiopian Demographic and Health Survey 2019. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 2022;103-104:111786.
34. Niragire F, Ndikumana C, Nyirahabimana MG, Mugemangango C. Child stunting and associated risk factors in selected food-insecure areas in Rwanda: an analytical cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2022; 43:111.

35. Namirembe G, Ghosh S, Ausman LM, Shrestha R, Zaharia S, Bashaasha B, et al. Child stunting starts in utero: Growth trajectories and determinants in Ugandan infants. *Matern Child Nutr.* Juill 2022 ;18(3) : e13359.
36. Adubra L. Impact d'un transfert monétaire et/ou d'un supplément nutritionnel pour la prévention du retard de croissance du jeune enfant en milieu rural au Mali : analyse d'un essai randomisé par clusters [Internet] [phdthesis]. Sorbonne Université ; 2019 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-02931883>
37. Akseer N, Vaivada T, Rothschild O, Ho K, Bhutta ZA. Understanding multifactorial drivers of child stunting reduction in Exemplar countries: a mixed-methods approach. *Am J Clin Nutr.* 14 sept 2020;112(Supplement_2):792S-805S.
38. Bhutta ZA, Akseer N, Keats EC, Vaivada T, Baker S, Horton SE, et al. How countries can reduce child stunting at scale: lessons from exemplar countries. *Am J Clin Nutr.* 14 sept 2020;112(Supplement_2):894S-904S.
39. Wegmüller R, Musau K, Vergari L, Custer E, Anyango H, Donkor WES, et al. Effectiveness of an integrated agriculture, nutrition-specific, and nutrition-sensitive program on child growth in Western Kenya: a cluster-randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 1 août 2022 ;116(2) :446-59.
40. UNICEF. Nutrition Strategy 2020-2030 (Document) - French.pdf [Internet]. 2020 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.UNICEF.org/media/108926/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20\(Document\)%20-%20French.pdf](https://www.UNICEF.org/media/108926/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20(Document)%20-%20French.pdf)
41. Welthungerhilfe. La nutrition : fondement du développement humain [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2023]. Disponible sur : https://www.welthungerhilfe.org/fileadmin/pictures/publications/en/project_and_professional_papers/2022-la-nutrition-fondement-du-developpement-humain-guide-dorientation-FR.pdf
42. Health 4 Africa [Internet]. Health 4 Africa. 2017 [cité 14 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.health4africa.net/>
43. Hassambay R, Bennis FZ, Rwegera B, Desgrées du Loû A. L'approche communautaire en santé : un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ? *Trib Santé.* 2022;72(2):83-92.
44. Bhutta ZA. Optimizing prevention and community-based management of severe malnutrition in children. *PLoS Med.* 1 mars 2022;19(3): e1003924.
45. Brar S, Akseer N, Sall M, Conway K, Diouf I, Everett K, et al. Drivers of stunting reduction in Senegal: a country case study. *Am J Clin Nutr.* 14 sept 2020 ;112(Supplement_2) :860S-874S.
46. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali. Plan Stratégique National des Soins Essentiels dans la Communauté 2021-2025. 2021.

47. Le Conseil National de Transition. Loi portant création Circonscriptions administrative en République Mali. n°2023-006 mars 13, 2023.
48. Ministère de la Santé et du Développement Social (République du Mali). Annuaire 2020 Système National d'Information Sanitaire et Social (SNISS) [Internet]. 2021 nov [cité 19 avr 2023]. Disponible sur : <http://www.sante.gov.ml/docs/Annuaire%20SNISS%202020.pdf>
49. UNFPA. Etude monographique sur la démographie, la paix et la sécurité au sahel-cas du Mali. [Internet]. [Cité 12 mai 2023]. Disponible sur : https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fr_-_etude_monographique_sur_la_demographie_la_paix_et_la_securite_au_sahel_-_cas_du_mali.pdf
50. Traore PSM, Gakou MDA, Instat S, Traore V. 4ème recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH-2009).
51. INSTAT. Enquête Modulaire et Permanente auprès des ménages (EMOP) [Internet]. 2021 [cité 7 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.instat-mali.org/fr/publications/enquete-modulaire-et-permanente-aupres-des-menages-emop>
52. PNUD. Rapport sur le développement humain 2020 [Internet]. 2020 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur : <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/fr/MLI.pdf>
53. Région de Sikasso. In : Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 25 mai 2023]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9gion_de_Sikasso&oldid=195766023
54. Région de Mopti. In : Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 25 mai 2023]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9gion_de_Mopti&oldid=193370827
55. Région de Mopti [Internet]. actionmopti.com. [Cité 18 juin 2023]. Disponible sur : <http://www.actionmopti.org/programme-d-appui-au-développement-local-dans-la-ville-de-mopti/région-de-mopti/>
56. Mali. In : Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 12 mai 2023]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mali&oldid=204107163>
57. Déterminer la taille de l'échantillon - le blog de Questio [Internet]. Blog de Questio. 2016 [cité 18 juin 2023]. Disponible sur : <https://blog.questio.fr/determiner-taille-echantillon>
58. Association pour la recherche qualitative. L'ère du numérique : quelles possibilités et quels défis pour la recherche qualitative ? [Internet]. 2019 [cité 12 juin 2023]. Disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/HS-23/HS-24/rq-hs-24-nume-ro-complet.pdf

59. Campbell R, Goodman-Williams R, Feeney H, Fehler-Cabral G. Assessing Triangulation Across Methodologies, Methods, and Stakeholder Groups: The Joys, Woes, and Politics of Interpreting Convergent and Divergent Data. *Am J Eval*. 1 mars 2020 ;41(1) :125-44.
60. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. In : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. Paris : Armand Colin ; 2016 [cité 12 juin 2023]. p. 235-312. (Collection U ; vol. 4e éd.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706-p-235.htm>
61. Méthodes inductives et déductives : méthodologie et exemples [Internet]. [Cité 12 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>
62. Goudet SM, Bogin BA, Madise NJ, Griffiths PL. Nutritional interventions for preventing stunting in children (birth to 59 months) living in urban slums in low- and middle-income countries (LMIC). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 10 mai 2023] ;2019(6). Disponible sur : <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd011695.pub2>
63. Belem T, Piazza V, Mormile M, Meneghetti F, Porgo B, Midjour R, et al. Nutrition Education Cell, a Community Based Approach to Fight against Child Undernutrition and Strength Community Resilience, in Rural Area in Burkina Faso. *World Rev Nutr Diet*. 2017; 118:215-20.
64. Robert RC, Feijoo BL. Beneficiary and Local Stakeholder Participation in Community-Based Nutrition Interventions. *Curr Dev Nutr*. 1 sept 2022;6(9): nzac131.
65. Ghodsi D, Omidvar N, Nikooyeh B, Roustae R, Shakibazadeh E, Al-Jawaldeh A. Effectiveness of Community Nutrition-Specific Interventions on Improving Malnutrition of Children under 5 Years of Age in the Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Janv 2021 ;18(15) :7844.
66. Berhanu L, Abebe H, Abbott WAN et D. Améliorer les résultats nutritionnels des ménages ruraux grâce à une approche communautaire en Éthiopie. *Field Exch* 62 Fr [Internet]. 12 mars 2021 [cité 19 avr 2023] ; Disponible sur : <https://www.enonline.net/fex/62/www.enonline.net/fex/62/approchecommunautaireethiopie>
67. Sangho H, Keita AS, Traoré M, Traoré MG, Koné K, Keïta HD, et al. Evaluation du programme de nutrition communautaire dans cinq CSCOM au Mali. *Mali Santé Publique*. 2013 ;111-5.
68. Bhutta ZA, Akseer N, Keats EC, Vaivada T, Baker S, Horton SE, et al. How countries can reduce child stunting at scale: lessons from exemplar countries. *Am J Clin Nutr*. 14 sept 2020 ;112(Supplement_2) :894S-904S.

Table des illustrations

Figure 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition UNICEF/OMS [30]	10
Figure 2 : Cadre pour la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes [4].....	12
Figure 3 : Position géographique et répartition administrative du Mali [56].....	17
Figure 4 : Répartition des acteurs communautaires inclus dans l'étude selon les tranches d'âge	25
Figure 5 : Carte représentant les points GPS des sites d'interventions.....	27
Figure 6 : Répartition des supervisions par niveau de superviseurs.....	36
Figure 7 : Position géographique et nouvelle répartition administrative du Mali [47].....	75

Liste des tableaux

Tableau I : Niveau de sévérité de la malnutrition chronique en fonction des prévalences [25]	7
Tableau II : Situation des infrastructures sanitaires au Mali en 2020 [48].....	16
Tableau III : Répartition des acteurs enquêtés selon le niveau d'instruction, la profession et l'ancienneté.....	26
Tableau IV : Répartition des acteurs enquêtés selon le district de santé et la région de résidence	26
Tableau V : Répartition des acteurs enquêtés selon le suivi de formation, l'année et la durée des formations ainsi que les instigateurs des formations	28
Tableau VI : Répartition des acteurs enquêtés selon les thématiques abordées au cours des formations	29
Tableau VII : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de sensibilisation réalisées au cours des prestations	30
Tableau VIII : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de démonstrations nutritionnelles réalisées au cours des prestations	31
Tableau IX : Répartition des acteurs enquêtés selon les visites à domicile réalisées au cours des prestations	31
Tableau X : Répartition des acteurs enquêtés selon les activités de dépistage de la malnutrition aiguë réalisées au cours des prestations	32
Tableau XI : Répartition des acteurs enquêtés selon les autres types d'activités réalisées au cours des prestations	32
Tableau XII : Répartition des acteurs enquêtés selon les cibles d'intérêt vues au cours des prestations.....	33
Tableau XIII : Répartition des acteurs enquêtés selon le nombre de ménages couvert par district de santé au cours des prestations	33

Tableau XIV : Répartition des acteurs enquêtés selon les équipements utilisés au cours des prestations.....	33
Tableau XV : Répartition des acteurs enquêtés selon les types de matériels de démonstration nutritionnelle utilisés par district de santé au cours des prestations.....	34
Tableau XVI : Répartition des acteurs enquêtés selon les Autres équipements utilisés au cours des prestations et par district de santé	34
Tableau XVII : Répartition des acteurs enquêtés selon les supports de collecte et de rapportage des données utilisés au cours des prestations.....	35
Tableau XVIII : Répartition des acteurs enquêtés selon la contribution de la communauté au cours des prestations	35
Tableau XIX : Répartition des acteurs enquêtés selon l’existence de supervisions	35
Tableau XX : Répartition des acteurs enquêtés selon les défis rencontrés au cours des prestations.....	37

Annexes

Annexe I : Fiche d'enquête des agents membres de GSAN

Numéro de fiche : /.../

I. Renseignements sur les acteurs communautaires

1. Numéro ID Groupe : /.../
2. Sexe :
 - a. Masculin
 - b. Féminin
3. Age : /.../
4. Profession :
 - a. Commerçant
 - b. Ménagère
 - c. Eleveur/Agriculteur
 - d. Tradipraticien
 - e. Accoucheuse traditionnelle recyclée
 - f. Relai communautaire
 - g. Leader religieux
 - h. Autre à préciser
5. Niveau d'éducation :
 - a. Non scolarisé
 - b. Primaire
 - c. Secondaire
 - d. Supérieur
6. Ancienneté dans les activités communautaires : /.../

II. Situation géographique du site d'intervention

1. Village : /.../
2. Air de santé : /.../
3. Commune : /.../
4. District de santé : /.../
5. Cercle : /.../

6. Région :
 - a. Mopti
 - b. Sikasso

7. Coordonnées GPS : /.../

III. Renseignements sur les formations reçues dans le cadre de leurs prestations

1. Avez-vous reçu une formation pour les activités que vous réalisez ?

Si oui :

- a. Quelle année : /.../
- b. Durée : /.../
- c. Organisateur : /.../
- d. Thématiques abordées :
 - Nutrition femme enceinte et allaitante
 - Allaitement exclusif
 - Alimentation de complément
 - Hygiène, lavage des mains désinfection de l'eau de boisson...
 - Vaccination
 - Consultation pré et post natale
 - Education
 - Autre à préciser

IV. Les renseignements sur les activités communautaires réalisées

1. Activités réalisées

- a. Séances de sensibilisation
Domaine : /.../
Fréquence : /.../
- b. Séances de démonstrations nutritionnelles
Fréquence : /.../
- c. Visites à domicile (VAD)
Raisons : /.../
Fréquence : /.../
- d. Dépistage des enfants malnutris
Fréquence : /.../
- e. Autre à préciser

2. Cibles d'intérêt :

- a. Femmes enceintes
- b. Femmes allaitantes
- c. Nourrissons 0 à 5 mois
- d. Jeunes enfants de 6 à 23 mois
- e. Autre à préciser

3. Nombre de ménages couverts : /.../

4. Équipements utilisés :

- a. Boîte à image
- b. Cartes conseils
- c. MUAC/Bande de Shakir
- d. Matériel de démonstration nutritionnelle
 - 1 Bassines en plastique avec couvercle de 100 litres

- 1 Marmite 15 Kg
- 1 Marmite 5 Kg
- 1 Sceaux avec couvercle en plastique (20 L)
- 2 Louches en fer de 250 ml
- 2 Malaxeur (fouet) en bois pour la cuisine
- 12 Bols en plastique (250 mL)
- 2 Bols en plastique (1 L)
- 1 Tasse en aluminium avec couvercle grand format N 38
- 3 Nattes en plastique (3 places)

e. Autres à préciser

5. Supports de collecte et de rapportage de données
 - a. Registre GSAN
 - b. Fiches de pointage
 - c. Coupons de référence
6. Contribution de la communauté à la motivation des GSAN
7. Défis rencontrés : /.../
8. Bonnes pratiques et leçons apprises : /.../
9. Propositions de solution : /.../

V. Les mécanismes de supervision

1. Recevez-vous des supervisions ? :

Si oui :

2. Ces superviseurs viennent de quel niveau ?
 - a. National
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire
 - b. Régional
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire
 - c. ONG
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire
 - d. District sanitaire
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire
 - e. Aire de santé
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire
 - f. ASC
Fréquence
Feedback après la supervision
Réponses aux demandes de soutien ou de formation complémentaire

Annexe II : Guide d'entretien des informateurs clés du niveau national

NB : Ces questions préliminaires seront continuellement adaptées lors de la collecte des données. Il est donc possible de ne pas poser les questions dans le même ordre selon les circonstances.

Instructions à l'agent de collecte :

- Identifiez l'informateur clé, présentez-vous, obtenez le consentement éclairé et convenez avec lui du lieu (idéalement son lieu de travail), du jour et l'heure de l'interview.
- Le jour de l'interview, venez plus tôt sur place, assurez-vous que l'enregistreur fonctionne correctement.
- Lorsque l'informateur vous recevra, installez-vous et présentez-vous.
- Rappelez-lui brièvement le contexte et les objectifs de l'étude et attribuez-lui un code.

Informations générales :

Nom de l'investigateur : _____
Date : __/__/__/ Titres de l'informateur : _____
Structure/Département : _____ Région : _____
District : _____ Commune : _____ Village : _____
Code informateur : /__/_/

Principales questions

1. Politiques et stratégies de lutte contre la malnutrition au Mali

Connaissez-vous des politiques/stratégies de lutte contre la malnutrition au Mali ?
Quelles sont-elles ?

2. Interventions sensibles et spécifiques à la nutrition réalisées pour la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire

a. Quelles sont les interventions réalisées au niveau communautaire pour la lutte contre la malnutrition ?

3. Rôle des GSAN dans la mise en œuvre de ces interventions

Quel est le rôle des GSAN dans la mise en œuvre de ces interventions ?

4. Mécanisme de supervision

- a. Conduisez-vous des supervisions à l'endroit des GSAN ?
- b. Quelles sont vos méthodes de supervision ?
- c. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- d. Que proposez-vous pour l'améliorer ?

5. Succès obtenus

- a. A votre avis, quels sont les avantages liés à l'emploi des GSAN dans la mise en œuvre des interventions communautaire ?
- b. Avez-vous un point à aborder avec nous que nous n'avons pas abordé pendant cet entretien ?

Annexe III : Guide d'entretien des informateurs clés du niveau régional

NB : Ces questions préliminaires seront continuellement adaptées lors de la collecte des données. Il est donc possible de ne pas poser les questions dans le même ordre selon les circonstances.

Instructions à l'agent de collecte :

- Identifiez l'informateur clé, présentez-vous, obtenez le consentement éclairé et convenez avec lui du lieu (idéalement son lieu de travail), du jour et l'heure de l'interview.
- Le jour de l'interview, venez plus tôt sur place, assurez-vous que l'enregistreur fonctionne correctement.
- Lorsque l'informateur vous recevra, installez-vous et présentez-vous.
- Rappelez-lui brièvement le contexte et les objectifs de l'étude et attribuez-lui un code.

Informations générales :

Nom de l'investigateur : _____

Date : __/__/__/ Titres de l'informateur : _____

Structure/Département : _____ Région : _____

District : _____ Commune : _____ Village : _____

Code informateur : /__/_/

Principales questions

- 1. Interventions sensibles et spécifiques à la nutrition réalisées pour la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire**
 - a. Quelles sont les interventions réalisées au niveau communautaire pour la lutte contre la malnutrition ?
 - b. Comment mettez-vous en œuvre ces interventions ?
 - i. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 - ii. Que proposez-vous pour l'améliorer ?
- 2. Rôle des GSAN dans la mise en œuvre de ces interventions**
 - a. Quel est le rôle des GSAN dans la mise en œuvre de ces interventions ?
- 3. Mécanisme de supervision**
 - a. Conduisez-vous des supervisions à l'endroit des GSAN ?
 - b. Quelles sont vos méthodes de supervision ?
 - c. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 - d. Que proposez-vous pour l'améliorer ?
- 4. Succès obtenus**
 - a. A votre avis, quels sont les avantages liés à l'utilisation des GSAN dans la mise en œuvre des interventions communautaire ?
 - b. Avez-vous un point à aborder avec nous que nous n'avons pas abordé pendant cet entretien ?

Annexe IV : Guide d'entretien des informateurs clés du niveau communautaire

NB : Ces questions préliminaires seront continuellement adaptées lors de la collecte des données. Il est donc possible de ne pas poser les questions dans le même ordre selon les circonstances.

Instructions à l'agent de collecte :

- Identifiez l'informateur clé, présentez-vous, obtenez le consentement éclairé et convenez avec lui du lieu (idéalement son lieu de travail), du jour et l'heure de l'interview.
- Le jour de l'interview, venez plus tôt sur place, assurez-vous que l'enregistreur fonctionne correctement.
- Lorsque l'informateur vous recevra, installez-vous et présentez-vous.
- Rappelez lui brièvement l'étude et attribuez-lui un code.

Informations générales :

Nom de l'investigateur : _____

Date : __/__/__/ Titres de l'informateur : _____

Structure/Département : _____ Région : _____

District : _____ Commune : _____ Village : _____

Code informateur : /__/_/

Principales questions

- 1. Rôle des GSAN dans la mise en œuvre des interventions pour la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire**
 - a. Quel est le rôle des GSAN dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles ?
- 2. Mécanisme de supervision**
 - a. Conduisez-vous des supervisions à l'endroit des GSAN ?
 - b. Quelles sont vos méthodes de supervision ?
 - c. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 - d. Que proposez-vous pour l'améliorer ?
- 3. Relation avec les GSAN**
 - a. Depuis combien de temps, les GSAN mènent-ils des activités dans votre zone ?
 - b. Quelle est votre impression des relations que vous avez avec ces GSAN ?
- 4. Rétention des GSAN**

Connaissez-vous un membre ou un groupe qui a déjà rendu démission ?

 - i. Quelles étaient les raisons ?
 - ii. Que proposez-vous pour éviter les démissions ?
- 5. Succès obtenus**
 - c. A votre avis, quels sont les avantages liés à l'utilisation des GSAN dans la mise en œuvre des interventions communautaire ?
 - d. Avez-vous un point à aborder avec nous que nous n'avons pas abordé pendant cet entretien ?

Annexe V : Guide d'entretien des bénéficiaires

NB : Ces questions préliminaires seront continuellement adaptées lors de la collecte des données. Il est donc possible de ne pas poser les questions dans le même ordre selon les circonstances.

Instructions à l'agent de collecte :

- Identifiez les participants de la communauté, présentez-vous, obtenez le consentement éclairé et organisez le lieu, le jour et l'heure de la discussion de groupe.
- Le jour de la discussion, venez plus tôt sur place, assurez-vous que l'enregistreur fonctionne correctement et que l'endroit est calme et discret, disposez les sièges.
- À l'arrivée des participants, installez-vous et présentez-vous, puis demandez à chaque participant de se présenter.
- Rappelez brièvement l'étude et attribuez des numéros aux participants.
- Donnez les directives de la discussion.
 1. Pas de bonne ou mauvaise réponse
 2. Ne pas parler au même moment, nous sommes en train d'enregistrer
 3. Vous n'avez pas besoin d'être d'accord avec le point de vue de l'autre, mais écoutez le attentivement et partager son avis
 4. Éteindre les téléphones ou les mettre sur silencieux
 5. Mon rôle en qualité de modérateur sera de guider la discussion
- Commencez la discussion !

Informations générales :

Nom du modérateur : _____ Nom de l'observateur _____

Date : __/__/__/ Région : _____

District : _____ Commune : _____ Village : _____

Code groupe : /__/_/

Principales questions

1. Prestation de services

- a. Quelles sont les activités dont vous bénéficiez ?
- b. Combien de fois par mois ?

2. Avantages perçus

Selon vous, quels sont les avantages de ces activités ?

3. Changement de comportement

- a. Quelles pratiques avez-vous l'habitude de faire avant de bénéficier des activités des GSAN ?
- b. Quelles pratiques avez-vous commencées à faire après avoir bénéficié des activités des GSAN ?

4. Relation avec les GSAN

- a. Depuis combien de temps bénéficiez-vous des prestations des GSAN ?
- b. Quelle est votre impression des relations que vous avez avec ces GSAN
- c. Quel sont selon vous les avantages de ces relations pour les activités dont vous bénéficiez ?

5. Mise en pratique des recommandations des GSAN

- a. Quelles Recommandations mettez-vous en pratique facilement ? Pourquoi ?

- b. Quelles Recommandations avez-vous des difficultés à mettre en pratique ?
Pourquoi ?
- c. Que proposez-vous pour l'améliorer ?
- d. Avez-vous des questions ou autres choses à proposer ou partager avec nous ?

Annexe VI : Nouveau découpage administratif du Mali

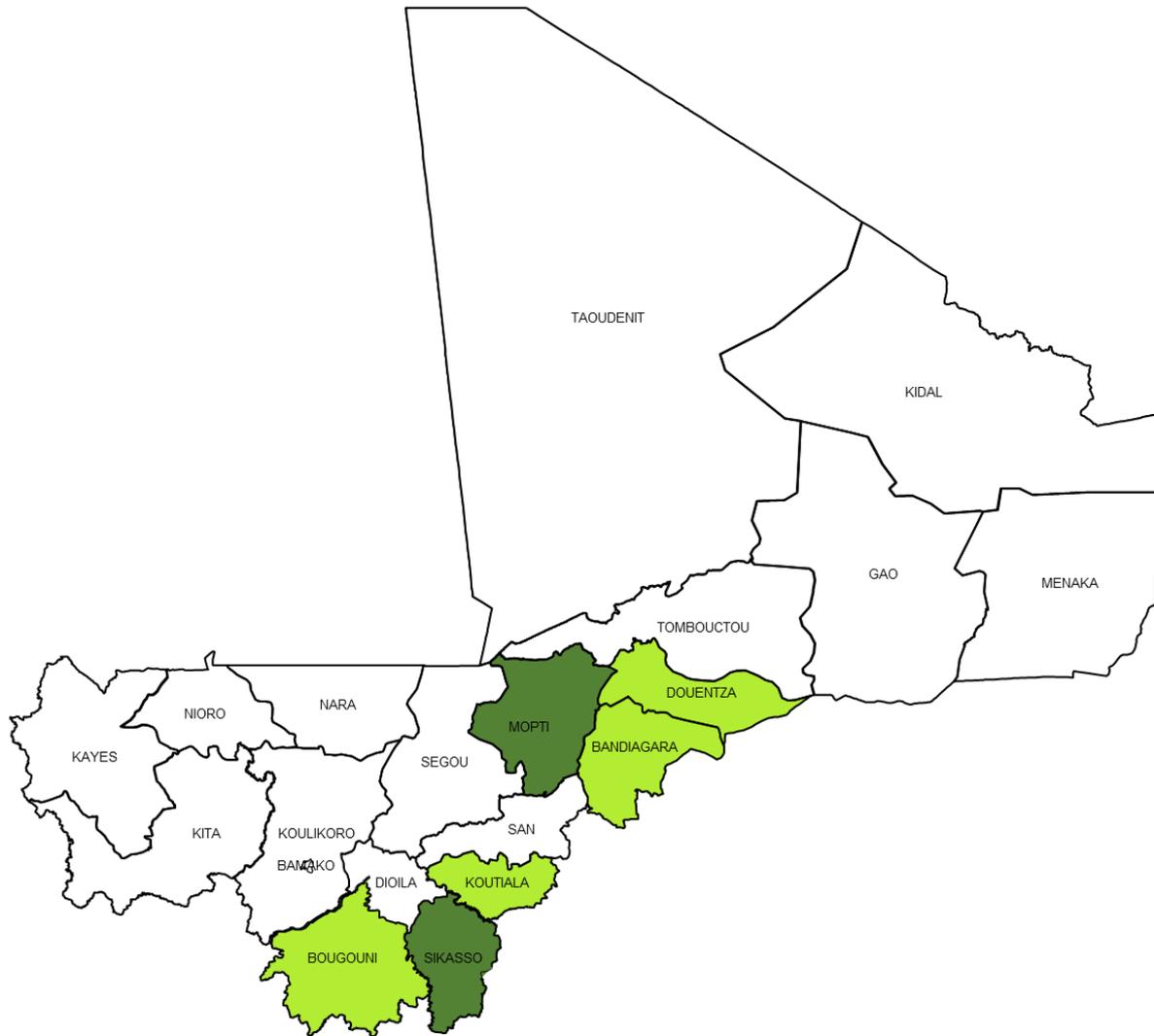


Figure 7 : Position géographique et nouvelle répartition administrative du Mali [47].

Annexe VII : Liste des villages aires de santés communes Districts et régions enquêtés

Numéro	Régions	Districts	Communes	Aires de santé	Village	Village remplacé	GSAN	Membres
1.	Mopti	Bandiagara	Bandiagara	Bandiagara central	Bandiagara central		2	12
2.	Mopti	Bandiagara	Dourou	Dourou	Nombori	Kagnatanga	1	5
3.	Mopti	Bandiagara	Dourou	Dourou	Dourou		1	6
4.	Mopti	Mopti	Fatoma	Fatoma	Fatoma		1	6
5.	Mopti	Mopti	Kounari	Sampara	Poutiouwel		1	7
6.	Mopti	Mopti	Mopti	ASCOTAMB	Mossinkoré		2	13
7.	Mopti	Mopti	Mopti	Koumouguel	Koumouguel 2		2	10
8.	Mopti	Mopti	Mopti	Sevare II	Sevaré 1		2	9
9.	Mopti	Mopti	Mopti	Sevare III	Banguetaba		2	10
10.	Mopti	Mopti	Sio	Somadougou	Mandio		1	8
11.	Mopti	Bandiagara	Soroli	Bendjeli	Soroli		2	12
12.	Sikasso	Kignan	Dialakoro	Nanerebougou	Kobala_nanerebougou		1	8
13.	Sikasso	Kignan	Doumanaba	Doumanaba	Doumanaba		2	14
14.	Sikasso	Sikasso	Fama	Fama	Fama		2	14
15.	Sikasso	Sikasso	Finkolo	Finkolo	Finkolo / AC		2	20
16.	Sikasso	Kadiolo	Fourou	Torokoro	Kambergué		1	8
17.	Sikasso	Kadiolo	Fourou	Fourou	Galamakourou		1	5
18.	Sikasso	Sikasso	Kaboila	Dalle	Zangabougou		1	10
19.	Sikasso	Sikasso	Kaboila	Kaboila	Fachoribougou		1	10
20.	Sikasso	Kadiolo	Kadiolo	Nimbougou	Nimbougou		2	2
21.	Sikasso	Kadiolo	Kadiolo	N'golona	Déléou	Zangasso	1	7
22.	Sikasso	Kadiolo	Kadiolo	Lofiguè	Lofigué		2	9
23.	Sikasso	Kadiolo	Kadiolo	Kadiolo	Kadiolo-ville		2	14
24.	Sikasso	Sikasso	Kafouziela	Kafouziela	N'ténébougou		1	4

25.	Sikasso	Kadiolo	Kaï	Kaï	Kaï		2	17
26.	Sikasso	Kignan	Kignan	Kignan	Yelekela	Kouna	1	11
27.	Sikasso	Kignan	Kignan	Kignan	Boukarila		1	9
28.	Sikasso	Sikasso	Kofan	Kafana	Taperala		2	15
29.	Sikasso	Sikasso	Lobougoula	Gueneba	Sirafa diassa	Gueneba	1	10
30.	Sikasso	Sikasso	Lobougoula	Lobougoula	Konzasso diassa		1	10
31.	Sikasso	Kadiolo	Loulouni	Loulouni	Banankoro		2	19
32.	Sikasso	Kignan	Miria	Yiringasso	Yiringasso		1	9
33.	Sikasso	Niena	Miria	Doumanani	Dinguasso		1	9
34.	Sikasso	Niena	Niena	Niena	N'tiola		1	8
35.	Sikasso	Sikasso	Sikasso	Wayerma II	Wayerma II		1	10
36.	Sikasso	Sikasso	Sikasso	Hamdallaye	Hamdallaye		2	17
37.	Sikasso	Sikasso	Sikasso	Bougoula Hameau	Kaféla		1	10
38.	Sikasso	Niena	Tiankadi	Sibirifina	Sibirifina		2	20
39.	Sikasso	Niena	Zaniena	Zaniena	Mébougou	Waténébougou	1	7
40.	Sikasso	Niena	Zaniena	Zaniena	Blendio	Noumoula	1	7
41.	Sikasso	Kadiolo	Zegoua	Katele	Mashiogo	Kalibenè	1	7
42.	Sikasso	Kadiolo	Zégoua	Zégoua	Zégoua		2	12
Total	2	4	26	39	42	7	60	430

Annexe VIII : Liste des informateurs clés enquêtés

Code	Sexe	Structure	Fonction	Niveau	Résidence
Inf clé 1	Masculin	DRS	Point Focal Nutrition	Régional	Mopti
Inf clé 2	Masculin	DRDSES	Administrateur social	Régional	Mopti
Inf clé 3	Masculin	UNICEF	Nutrition Officer	Régional	Mopti
Inf clé 4	Masculin	District Sanitaire	Responsable Nutrition	Communautaire	Mopti
Inf clé 5	Féminin	DRDSES	Promotion de la femme	Régional	Mopti
Inf clé 6	Masculin	CSCOM	DTC	Communautaire	Mopti
Inf clé 7	Masculin	CSCOM	DTC	Communautaire	Mopti
Inf clé 8	Masculin	CSCOM	Président RECO	Communautaire	Mopti
Inf clé 9	Masculin	YA-G-TU	Chef de Projet	Communautaire	Mopti
Inf clé 10	Masculin	World Vision	Spécialiste Nutrition	Communautaire	Mopti
Inf clé 11	Féminin	UNICEF	Nutrition Officer	Central	Bamako
Inf clé 12	Masculin	Cellule de Coordination Multisectorielle de Nutrition	Coordinateur	Central	Bamako
Inf clé 13	Masculin	ACF	Coordinateur Adjoint Santé/Nutrition	Central	Bamako
Inf clé 14	Masculin	Sous-Direction de la Nutrition	Directeur	Central	Bamako
Inf clé 15	Masculin	USAID	Responsable de Projet (Keneya Nieta)	Central	Bamako
Inf clé 16	Masculin	DRDS	Point Focal C4D	Régional	Sikasso
Inf clé 17	Masculin	DRS	Point Focal Nutrition	Régional	Sikasso
Inf clé 18	Masculin	Gouvernorat	Directeur de Cabinet du Gouverneur	Régional	Sikasso
Inf clé 19	Masculin	AMPRODE SAHEL	Coordinateur	Régional	Sikasso
Inf clé 20	Masculin	AMPRODE SAHEL	Animateur	Communautaire	Sikasso
Inf clé 21	Féminin	CSCOM	DTC	Communautaire	Sikasso
Inf clé 22	Masculin	DRS	Directeur	Régional	Sikasso
Inf clé 23	Féminin	District Sanitaire	RND	Régional	Sikasso
Inf clé 24	Masculin	District Sanitaire	RND	Communautaire	Sikasso
Inf clé 25	Masculin	UNICEF	Nutrition Officer	Régional	Sikasso