



**EFFET DE L'INTEGRATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATION DANS LES SOINS ESSENTIELS DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DES DISTRICTS SANITAIRES DE KITA, KAYES ET BAFOULABE AU MALI**

**PROTOCOLE D'ETUDE**

---

**Promoteur : THE INNOCENT FONDATION**

**Investigateur Principal: Pilar Charle** Coordinatrice Soins de Santé Communautaire Action Contre le Faim Spain Mail : [pcharle@accioncontraelhambre.org](mailto:pcharle@accioncontraelhambre.org)

**Co-Investigateur: Dr. Abdoul Salam SAVADOGO** Responsable de programme de recherche Santé et Nutrition, Action Contre le Faim Mali Mail : [asalam@ml.acfspain.org](mailto:asalam@ml.acfspain.org), Tel : 00223 93 03 48 71

**Co-Investigateur: Dr. Aly Landouré.** Msc, PhD en épidémiologie, Suivi et Evaluation des projets, Maitre de Recherche, Formateur en Méthodologie de recherche, Chef de Département Santé Communautaire (DSC) INRSP Mail: [aland954@hotmail.fr](mailto:aland954@hotmail.fr), Tel : 00223 76 01 54 87

**Partenaires :** La Direction Nationale de la santé, L'Institut National de Recherche en Santé Publique et L'Université de Bamako

Version Finale

Date : 22 juin 2017



## TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations .....	3
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ.....	4
RESUME : .....	5
1 INTRODUCTION.....	8
1.1 Contexte de l'étude .....	9
2 Cadre conceptuelle de la recherche .....	10
2.1 Questions de recherches.....	10
2.2 Hypothèses de l'étude .....	11
2.3 Les objectifs .....	11
2.3.1 Objectif général.....	11
2.3.2 Les objectifs spécifiques.....	11
3 Méthodes et Design de l'étude .....	11
3.1 Approche générale.....	11
3.2 Approche FORMATION DES asc .....	12
3.3 Approche SUPERVISION DES asc.....	12
3.3.1 Approche 1 : District sanitaire de Kita (Kita, Sagabari et Sefeto) , dispositif opérationnel intense : .....	13
3.3.2 Approche 2 : Districts sanitaires de Kayes, dispositif opérationnel peu intense .....	14
3.3.3 Approche 3 : District sanitaire de Bafoulabe .....	15
3.4 Plaidoyer .....	15
3.5 Population Cible .....	15
3.6 Enrôlement des enfants dans l'étude.....	16
3.7 Collecte et analyses des données .....	17
3.7.1 L'Évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture.....	17
3.7.2 Etude coût-efficacité rétrospective .....	18
3.7.3 Évaluation de l'utilisation du temps par les ASC.....	18
3.8 Résultats attendus de l'étude .....	19
3.9 Biais et limites de l'étude.....	19
4 Planification et gestion de l'étude.....	20
4.1 Dispositif opérationnel.....	20
4.1.1 Personnel d'Action Contre Faim.....	20
4.1.2 Personnel des services techniques du MSHP. ....	20
4.2 Cadres de gestion du programme.....	20
4.2.1 Comité de pilotage.....	20
4.2.2 Une équipe de recherche .....	20
4.2.3 Composée d'Action Contre la Faim, de l'INRSP et de l'Université de Bamako.....	20
4.2.4 Les réunions techniques : .....	20
5 Budget .....	21
6 Consideration éthique .....	22
7 ChronoGRAMME .....	23
ANNEXES.....	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACF</b>	Action Contre la Faim – Action Against Hunger
<b>ANSSA</b>	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Aliments
<b>ASACO</b>	Association de Santé Communautaire
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CREDOS</b>	Centre de Recherche et de Documentation pour la Survie de l'Enfance
<b>CSREF</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DNS</b>	Direction Nationale de la Santé
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DTC</b>	Directeur Technique du Centre
<b>FENASCOM</b>	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
<b>FERASCOM</b>	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
<b>GF</b>	Groupe focal
<b>GSAN</b>	Group de soutien aux activités de nutrition
<b>INRSP</b>	Institut National de Recherche en Santé Publique
<b>IRA</b>	Infections Respiratoires Aiguës
<b>MAG</b>	Malnutrition Aigue Globale
<b>MAM</b>	Malnutrition Aiguë Modère
<b>MAS</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MSHP</b>	Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique
<b>MUAC</b>	Mid Upper Arm Circumference
<b>PASAN</b>	Projet de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
<b>PDSEC</b>	Plan de Développement Social Economique et Culturel de la Commune
<b>PCIMA</b>	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
<b>PF</b>	Point focal
<b>PFN</b>	Point focal nutrition
<b>URENAM</b>	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
<b>URENAS</b>	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
<b>URENI</b>	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
<b>RC</b>	Relais Communautaires
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>SEC</b>	Soins Essentiel dans la Communauté
<b>SMART</b>	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
<b>SQUEAC</b>	Evaluation Semi Quantitative de l'Accès et de la Couverture
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund

## DÉCLARATION DE CONFORMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ

**En signant ce protocole, les principaux chercheurs et le commanditaire reconnaissent et conviennent :**

Ce protocole contient toute information nécessaire pour conduire cette investigation. Les investigateurs principaux conduiront cette évaluation comme détaillé ci-après et mettront les moyens nécessaires pour la réalisation de cette évaluation. Ils s'engagent à conduire l'évaluation conformément au protocole.

Le protocole et les autres documents indispensables à la réalisation de cette évaluation seront mis à la disposition des institutions compétentes du Mali qui participent à la réalisation de cette évaluation.

Les informations privilégiées ou confidentielles ne pourront être divulguées qu'aux personnes, les institutions partenaires et le Comité d'Ethique concerné impliqués dans l'évaluation, sauf autorisation expresse accordée par écrit par Action Contre la Faim et la Direction Nationale de la Santé du Mali, à moins que cette divulgation ne soit légalement requise par la loi ou autre règlement. En tout état de cause, les personnes à qui cette information est divulguée doivent être informées que l'information est privilégiée et confidentielle et ne peut être communiquée par la suite sous peine de s'exposer à des sanctions pénales et civiles en vigueur au Mali. Les voies de recourt sont le superviseur des agents de collecte des données et le comité d'éthique de l'INRSP.

## RESUME :

Action Contre la Faim (ACF) intervient au Mali depuis 1996, particulièrement dans les régions au Nord du pays. Il soutient les autorités sanitaires du Mali dans la prise en charge de la malnutrition conformément au protocole nationale PCIMA en vigueur. Depuis 2007 ACF appui le district sanitaire de Kita à travers un Projet de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PASAN) dans les quatre communes du Sud. Dans le contexte de crise alimentaire et nutritionnelle de 2012, Action Contre la Faim a étendu son intervention à tout le district sanitaire de Kita à travers le projet « Renforcement des capacités locales pour la gestion intégrée de la malnutrition aigüe et l'accès à l'alimentation à Kita », financée par ECHO. En 2016, l'intervention a été étendue au district sanitaire de Kayes.

L'annuaire statistique 2014, donne 56 % de la population vivant à 5 km d'une formation sanitaire. Les agents de santé existants ne peuvent pas à eux seuls couvrir de façon adéquate toute la population du territoire national. Le taux annuel de croissance démographique est de 3,1

- ✓ Taux de mortalité maternelle: 368 pour 100 000 naissances vivantes ;
- ✓ Indice synthétique de fécondité: 6,1 enfants ;
- ✓ Taux de mortalité infantile : 56 pour 1000 naissances vivantes ;
- ✓ Taux de mortalité néonatale : 34 pour 1000 naissances vivantes ;
- ✓ Taux des accouchements assistés par personnel de santé formé : 59 %.
- ✓ Le taux de couverture vaccinal pour la rougeole est de 80%
- ✓ Le taux d'utilisation des services de planification familiale est de 8, 88%<sup>1</sup>

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'augmentation de la couverture PCIMA à travers le traitement de la MAS par les ASC.

Selon le guide de mise en œuvre des SEC au Mali, la responsabilité de la supervision d'un site ASC incombe d'abord à l'équipe technique du CSCOM, particulièrement au Directeur Technique du Centre (DTC).

Les autres niveaux de supervision: district, régional et central ont la responsabilité de l'accompagnement technique des équipes du CSCOM en matière de renforcement des capacités en supervision des sites SEC.

Les activités des sites SEC doivent s'intégrer à celles de l'aire de santé. Il est utile de faire ressortir la contribution des sites SEC dans les indicateurs clés de l'aire de santé et du district sanitaire pour mieux appréhender les difficultés de leur mise en œuvre et de proposer des solutions appropriées.

Cette étude se déroulera dans les districts sanitaires de Kita, de Kayes et de Bafoulabe.

### District sanitaire de Kita : Dispositif opérationnel intense

**Approche de supervision :** Avec l'appui logistique, financier et en Ressource Humaine (RH) d'Action Contre la Faim, les supervisions ci-dessous seront réalisées.

- ✓ Supervision mensuelle des ASC par le DTC
- ✓ Supervision trimestrielle de l'équipe cadre du district vers les CSCom et les sites ASC
- ✓ Supervision semestrielle du niveau régional et central vers les districts sanitaires, les CSCom et les ASC
- ✓ Supervision spécifique nutrition mensuelle des ASC par trois médecins d'appui aux points focaux nutrition et SEC.

### District Sanitaire de Kayes : Dispositif opérationnel peu intense

**Approche de supervision :** Avec l'appui logistique, financier et de RH de Action Contre la Faim, les supervisions ci-dessous seront réalisées.

- ✓ Supervision mensuelle des ASC par le DTC
- ✓ Supervision trimestrielle de l'équipe cadre du district vers les CSCom et les sites ASC
- ✓ Supervision semestrielle du niveau régional et central vers les districts sanitaires, les CSCom et les ASC

### Modelé Bafoulabe :

Sans appui logistique, financier et de RH de Action Contre la Faim, réaliser les supervisions selon les outils SEC révisés.

Tableau Recapulatif :

Districts Sanitaires	Nombre de CSCom	Nombre de ASC	Appui en RH ACF	Supervisions			
			Nombre de personnels	Semestrielles	Trimestrielles	Mensuelles	spécifique nutrition
Kita, Sagabari Sefeto	47	80	3 médecins d'appui aux PF Nut et SEC	X	X	X	X
			6 superviseurs en Appui aux équipes des CSCom			X	
Kayes	49	45	2 médecins d'appui aux PF Nut et SEC	X	X	X	
			4 superviseurs en Appui aux équipes des CSCom			X	
Bafoulabe	19	39	Sans Appui de ACF	X	X	X	

L'intervention se déroulera de Janvier 2017 à Décembre 2018 soit une durée de 24 mois. Le projet sera implémenté par ACF en étroite collaboration avec la DNS et l'INRSP. Les évaluations seront externes (INRSP et consultants).

Les résultats attendus de cette étude sont :

Indicateurs	Résultats actuels	Résultats attendus
Couverture PCIMA	43% (Kita), Kayes et Bafoulabe??	Kayes et Kita 70% Bafoulabe 60%
Taux guérison	Kayes 90%; Kita 86% Bafoulabe 83%	Kayes et Kita 90% Bafoulabe 85 %
Taux d'abandon	Kayes 9,4%, Kita 11, 9% Bafoulabe 16%	Kayes ≤9% Kita Bafoulabe ≤ 10%
Taux de décès	Kayes 0, 4%, Kita 1, 17% Bafoulabe 0, 28%	Kayes ≤0,4% ; Kita ≤1% Bafoulabe ≤ 0,28%

Les résultats issus de cette étude permettront d'identifier les besoins en renforcement de capacité des ASC dans la prise en charge des cas MAS. Ils permettront aussi de développer des outils de prise en charge de la MAS par les ASC. Ces connaissances permettront à la DNS et ses partenaires de procéder à la mise en échelle de l'approche prise en charge de la MAS par les ASC.

Le rapport de cette étude servira à la production d'articles scientifiques qui seront publiés par Action Contre la Faim et à la communication des bailleurs d'urgence et de développement. Les abstracts seront présentés dans les congrès pour faire le plaidoyer de la mise à l'échelle régionale de cette approche.

## 1 INTRODUCTION

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un grand pays continental avec une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup> et une population de 18 343 000 habitants (Direction Nationale de la Population 2016). Le Mali est subdivisé en 10 régions administratives et le district de Bamako. En matière de décentralisation, le Mali est découpé en 703 communes dont 37 urbaines et 666 rurales, 57 collectivités « cercles » et 11 collectivités « régions » toutes dotées de l'autonomie de gestion<sup>2</sup>

L'annuaire statistique 2014, donne 56 % de la population vivant à 5 km d'une formation sanitaire. Les agents de santé existants ne peuvent pas à eux seuls couvrir de façon adéquate toute la population du territoire national. Le taux annuel de croissance démographique est de 3,1

- ✓ Taux de mortalité maternelle: 368 pour 100 000 naissances vivantes ;
- ✓ Indice synthétique de fécondité: 6,1 enfants ;
- ✓ Taux de mortalité infantile : 56 pour 1000 naissances vivantes ;
- ✓ Taux de mortalité néonatale : 34 pour 1000 naissances vivantes ;
- ✓ Taux des accouchements assistés par personnel de santé formé : 59 %.
- ✓ Le taux de couverture vaccinal pour la rougeole est de 80%
- ✓ Le taux d'utilisation des services de planification familiale est de 8, 88%

La situation nutritionnelle du Mali reste préoccupante avec des taux de malnutrition aiguë globale (MAG, émaciation) chez les enfants qui varient entre le seuil critique (10%) et le seuil d'urgence (15%). Les résultats de l'enquête nutritionnelle nationale SMART de 2016 montrent que la MAG est de 10,7% [9,6-11,9], le retard de croissance est de 26, 2% [24,3-28,1] et l'insuffisance pondérale est de 20,1%. [18,3-22,0]<sup>3</sup>. Les problèmes nutritionnels dans le pays émanent de causes structurelles auxquelles s'ajoutent les causes conjoncturelles, selon la situation de choc que subit la population.

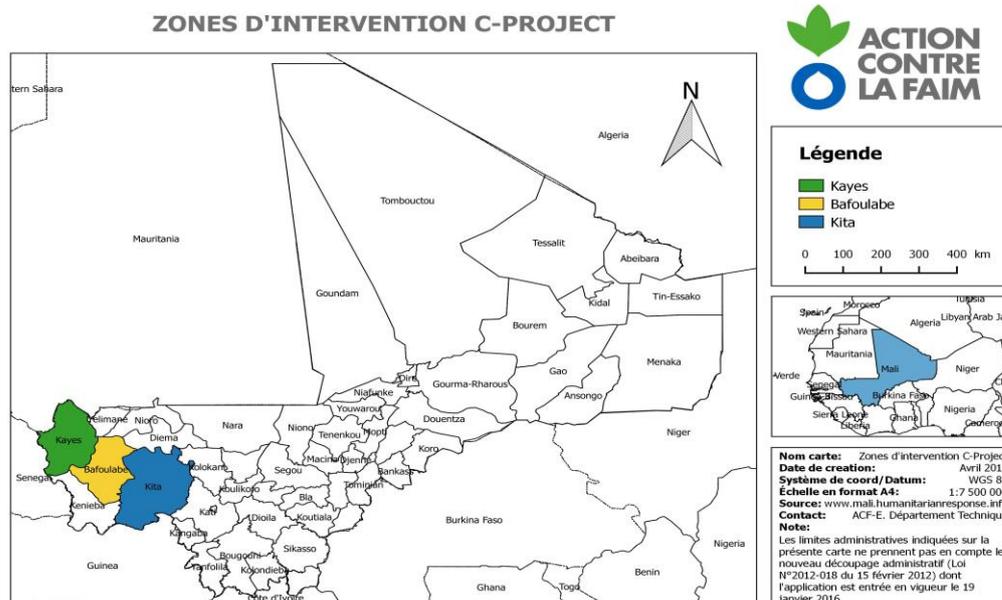
Action Contre la Faim (ACF) intervient au Mali depuis 1996, particulièrement dans les régions du Nord du pays. Il soutient les autorités sanitaires du Mali dans la prise en charge de la malnutrition conformément au protocole nationale PCIMA en vigueur. Depuis 2007 ACF appui le district sanitaire de Kita à travers un Projet de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PASAN) dans les quatre communes du Sud. Dans le contexte de crise alimentaire et nutritionnelle de 2012 ACF a étendu son intervention à tout le district sanitaire de Kita à travers le projet « Renforcement des capacités locales pour la gestion intégrée de la malnutrition aiguë et l'accès à l'alimentation à Kita », financée par ECHO. En 2016, l'intervention a été étendue au district sanitaire de Kayes.

## 1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

La région de Kayes est la première région administrative du Mali. Elle s'étend sur 120 760 km<sup>2</sup>. Elle est divisée en 129 communes, regroupées en sept cercles et 10 districts sanitaires. Son chef-lieu est la ville de Kayes. La région compte 2 517 000 habitants en 2016. Les femmes représentent 50,7 % de la population.

Les Soninkés, Khassonkés, Malinkés, Maures, Peuls et Bambara vivent dans la région. Malgré la présence des mines d'or dans certains cercles, l'agriculture reste la principale activité de cette région. La population est confrontée à l'insécurité alimentaire, aux coûts élevés des intrants, à une régression progressive de la fertilité des sols et aux conditions climatiques difficiles<sup>4</sup>.

La prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) dans cette région est de 8, 4% [6,3-11,1], dont un taux de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) de 0,9% [0,5-1,8]. L'étude sera conduite dans les districts sanitaires de Kayes, Kita (Kita, Sagabary, Sefeto) et Bafoulabe dans la région de Kayes. Ces 5 districts sanitaires comptent 115 CSCom, 164 sites ASC avec une population totale de 1 415 405 habitants.



De Février 2014 à Février 2016 ACF en partenariat avec Université de Bamako, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et la DNS a mis en place un projet pilote d'intégration de la MAS dans le Soins Essentiels en Communauté (SEC) dans le Cercle de Kita. Elle a conclu que la prise en charge MAS fournie par les ASC formés est aussi efficace que celle donnée au niveau des structures de santé. Elle a montré des résultats sur la couverture qui est passé de de 43.9% (31.5%-57.1%) en décembre 2014 à 86.7% (79.6%-91.5%) en décembre 2015 dans la zone d'intervention tandis qu'elle reste stable 43.8% (33.5%-55.0%) versus 41.6% (32.7%-51.1%)<sup>5</sup> dans la zone de

contrôle;  $p=0.127$ . L'évolution de la couverture est à mettre en lien avec l'intégration de MAS dans le paquet des ASC dans la zone d'intervention. Plusieurs facteurs ont contribué à cette augmentation de la couverture :

- ✓ Il s'agit de la levée de certaines barrières d'accès au traitement comme l'accessibilité géographique, le renforcement de la connaissance de la malnutrition par les mères, le renforcement des activités de dépistage, la réduction de nombre de cas abandonnés<sup>6</sup>.
- ✓ La formation et les supervisions formatives organisées tant par les agents d'ACF et ceux centre de santé de référence (point focal SEC) sur les sites Agents de santé Communautaire (ASC) ont aussi contribué à ce succès.

Cette étude montre qu'une intégration de la malnutrition aigüe sévère dans le SEC avec un niveau d'encadrement et de supervision adaptée permet d'atteindre un niveau de couverture au-delà des standards internationaux minimum de SPHERE en termes de couverture de programme de PCIMA. Par contre, elle n'a pas permis de répondre aux questions de condition de mise à l'échelle du traitement de la MAS par les ASC notamment la formation, la supervision, la gestion des intrants.

En 2015, le paquet ASC a été révisé pour intégrer la prise en charge de la MAS sans complication dans le volet curatif. La deuxième phase du projet se focalisera sur deux axes stratégiques, l'approche de formation et de supervision des ASC.

La population totale des 3 districts est de 1 356 695 habitants avec 280 836 enfants de moins de 5ans. En 2016 17 528 enfants de moins de cinq souffraient de MAS. Seulement 9 138 enfants de moins de cinq ans ont été admis dans un programme de traitement. 8 052 enfant ont été traités guéris (87%). 1 032 enfants de moins de cinq ans ont abandonné le traitement (12,5%), malheureusement 51 (0,2%) enfants de moins de cinq ont perdu la vie. 8 390 enfants de moins de cinq ans n'ont eu accès à aucun traitement de la MAS (Source : Statistique nationale PCIMA 2016)

## **2 CADRE CONCEPTUELLE DE LA RECHERCHE**

### **2.1 QUESTIONS DE RECHERCHES**

- ✓ Quel est le niveau de couverture de la prise en charge de la MAS dans les trois approches après 12 mois de mise en œuvre?
- ✓ Quel est le niveau de qualité du traitement de la MAS fourni par les ASC dans les trois approches par rapport au protocole PCIMA ?
- ✓ Quel est le temps supplémentaire de la prise en charge de la MAS par l'ASC?
- ✓ Quelle est l'approche la plus efficiente pour la mise à l'échelle de la prise en charge de la MAS par les ASC ?
- ✓ Quels est le rapport coût-efficacité de la prise en charge de la MAS dans les 3 approches?

## **2.2 HYPOTHESES DE L'ETUDE**

Nous formulons l'hypothèse qu'une formation et une supervision adaptées aux ASC dans la prise en charge de la MAS contribueront à :

Une augmentation de la couverture PCIMA dans les différentes approches après 12 mois d'intervention

Une amélioration de la qualité du traitement de la MAS conforme au protocole PCIMA (taux de guérison, de décès et d'abandon).

Une Bonne évaluation du temps de la prise en charge de la MAS par les ASC

Un meilleur rapport coût-efficacité par rapport à l'augmentation de la couverture PCIMA

L'identification de l'approche efficiente de mise à l'échelle du traitement de la MAS par les ASC

## **2.3 LES OBJECTIFS**

### **2.3.1 Objectif général**

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'augmentation de la couverture PCIMA à travers le traitement de la MAS par les ASC.

### **2.3.2 Les objectifs spécifiques**

- ✓ Comparer l'efficacité du traitement de la MAS dans les trois approches d'intervention (taux de guérison, d'abandon, décès).
- ✓ Comparer la couverture (admission précoce et tardive) de la prise en charge de la MAS dans les 3 approches
- ✓ Décrire la perception des mères des enfants MAS sur la malnutrition dans les trois approches (méthode SQUEAC),
- ✓ Comparer temps d'emploi des ASC dans les 3 approches
- ✓ Comparer le rapport coût-efficacité du traitement de la MAS par les ASC dans les 3 approches
- ✓ Identifier l'approche la plus efficiente de mise à l'échelle du traitement de la MAS par les ASC.

## **3 METHODES ET DESIGN DE L'ETUDE**

### **3.1 APPROCHE GENERALE**

Il s'agit d'une étude d'intervention et de contrôle. Le but de cette étude est de déterminer l'approche efficiente de mise à l'échelle du traitement de la MAS par les ASC. Le schéma de l'étude comporte une analyse sur trois approches d'intervention basé sur la formation et la supervision. Elle se déroulera de Juillet 2017 à Juillet 2018.

### 3.2 APPROCHE FORMATION DES ASC

La formation sera conduite dans les trois modèles. La formation a été faite en cascade. Ainsi, les formateurs nationaux ont formé les formateurs régionaux et ceux des districts sanitaires. Les formateurs des districts sanitaires avec l'appui technique des formateurs régionaux formeront les DTC et les ASC dans les trois approches. La formation des ASC se fera selon le guide national de mise en œuvre SEC révisés<sup>7</sup>. Après cette formation initiale, les ASC des trois approches effectueront un stage pratique de 6 semaines sur la prise en charge de la MAS. L'objectif de ce stage est de rendre chaque ASC capable de faire une prise en charge de qualité de la MAS conformément au protocole national PCIMA. La méthode suivante sera utilisée

- ✓ Sous la supervision directe du DTC ou chargé de nutrition, ils effectueront 3 semaines de stage dans les CSCOM les jours de prise en charge de la MAS.
- ✓ Sous la supervision directe du DTC ou du chargé de nutrition durant 3 semaines l'ASC effectuera la prise en charge de la MAS dans son propre site.

Ces stages se feront selon un guide de stage pratique PCIMA adapté aux ASC. Une évaluation des ASC sera faite à la dernière séance de prise en charge de la MAS avec la grille d'évaluation PCIMA adaptée.

### 3.3 APPROCHE SUPERVISION DES ASC

Le but de cette supervision est de renforcer les capacités techniques et logistiques des ASC pour garantir des soins de qualité et le fonctionnement optimal de l'approche SEC. La supervision se focalisera sur le suivi post formation, le monitoring des activités, le fonctionnement du site ASC, la tenue correcte des supports, la gestion des intrants, la coordination et la tenue des réunions.

Les objectifs de ces supervisions sont :

- ✓ Renforcer les capacités techniques et logistiques des ASC et relais en vue d'un fonctionnement optimal des sites,
- ✓ S'enquérir de l'état de mise en œuvre des activités SEC au niveau district sanitaire,
- ✓ Renforcer l'implication de l'ASACO dans la mise en œuvre des activités de santé ;
- ✓ Renforcer le plaidoyer pour la fonctionnalité des Comités de Coordination SEC ;
- ✓ Renforcer les relations de travail entre les ASACO, les DTC, les ASC et les relais ;
- ✓ Evaluer l'ASC à la tâche ;
- ✓ Vérifier la disponibilité des produits, médicaments, intrants et supports de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ Vérifier la disponibilité des matériels et équipements ;
- ✓ Examiner les supports de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ Assurer la formation continue des ASC ;
- ✓ Vérifier la qualité des données collectées et rapportées ;

- ✓ Faire le point des difficultés liées à l'exécution des activités et proposer des solutions appropriées.

La supervision du DTC vers l'ASC se fait mensuellement

La supervision de l'équipe cadre du district et celle du niveau régional se font généralement lors des supervisions intégrées trimestriellement. Celle du niveau central se fait semestriellement. Pour des raisons diverses, limite de ressource humaines, financières et de moyens logistiques, ces différentes supervisions ne sont pas réalisées.

Cette étude testera trois approches de supervisions :

### **3.3.1 Approche 1 : District sanitaire de Kita (Kita, Sagabari et Sefeto) , dispositif opérationnel intense :**

#### **Approche de supervision :**

Avec l'appui logistique, financier et en Ressource Humaine (RH) d'Action Contre la Faim, les supervisions ci-dessous seront réalisées.

- ✓ Supervision mensuelle des ASC par le DTC
- ✓ Supervision trimestrielle de l'équipe cadre du district vers les CSCom et les sites ASC
- ✓ Supervision semestrielle du niveau régional et central vers les districts sanitaires, les CSCom et les ASC
- ✓ Supervision spécifique nutrition mensuelle des trois médecins d'appui aux points focaux nutrition et SEC vers les ASC.

#### **Supervision Semestrielles Kita**

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF, le niveau central et régional réaliseront deux supervisions vers l'équipe cadre du district sanitaire, les **47 CSCom** et les **80 sites ASC**
- Une fois chaque six mois, les cadres de la division nutrition, de la direction d'établissement sanitaire, de l'INRSP, de la DRS de Kayes et d'Action Contre la faim se répartissent en équipes pour superviser les sites ASC et les CSCom de Kita. Cette supervision durera en moyenne 5 jours ouvrables.

#### **Supervision trimestrielles Kita**

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF, l'équipe cadre du district réalisera quatre supervisions vers les **47 CSCom** et les **80 ASC**
- L'équipe du district établit les itinéraires de supervisions. Elle se repartit en équipe de supervision.
  - ✓ Chaque équipe est composée d'un point focal nutrition, un point focal SEC, un membre du service local de développement social et de l'économie solidaire, un

membre du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et un médecin d'appui plus le personnel de ACF au niveau de Kita.

- ✓ Chaque équipe supervise 1 CSCom et un site ASC par jour. Ainsi en pratique chaque équipe supervisera 16 CSCom et 27 sites ASC par trimestre.

### Supervision mensuelle Kita

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF les équipes des CSCom en collaboration avec **6 superviseurs** superviseront les **80 sites ASC**.  
Chaque superviseur travaillera avec 8 CSCom et 13 sites ASC.  
Sur la base d'un plan de supervision établi et validé par les assistants au chef de projet de Kita, ils superviseront un site ASC par jour.

### Supervision spécifique nutrition

- Sous la supervision du PF nutrition, les **3 médecins d'appui** aux points focaux nutrition et SEC superviseront mensuellement les 80 sites ASC.  
Chaque médecin supervisera une fois par mois 27 sites ASC. Il supervisera deux sites ASC par jour soit 3 semaines de suivi terrain et une semaine pour appuyer les points focaux nutrition et SEC dans la coordination, la planification et la gestion des données et des intrants.

Les rapports des différentes supervisions seront partagés et discutés au cours des réunions de comité de pilotage du projet.

## **3.3.2 Approche 2 : Districts sanitaires de Kayes, dispositif opérationnel peu intense**

### Supervision Semestrielles Kayes

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF, le niveau central et régional réaliseront deux supervisions vers l'équipe cadre du district sanitaire, les **49 CSCom** et les **45 sites ASC**
- Une fois chaque six mois, les cadres de la division nutrition, de la direction d'établissement sanitaire, de l'INRSP, de la DRS de Kayes et d'Action Contre la faim se répartissent en équipes pour superviser les sites ASC et les CSCom de Kayes.  
Cette supervision durera en moyenne 5 jours ouvrables.

### Supervision trimestrielles Kayes

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF, l'équipe cadre du district réalisera quatre supervisions vers les **49 CSCom** et les **45 ASC**
- L'équipe du district établit les itinéraires de supervisions. Elle se repartit en équipe de supervision.
  - ✓ Chaque équipe est composée d'un point focal nutrition, un point focal SEC, un membre du service local de développement social et de l'économie solidaire, un membre du service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et un médecin d'appui plus le personnel de ACF au niveau de Kayes.

- ✓ Chaque équipe supervise 1 CSCCom et un site ASC par jour. Ainsi en pratique chaque équipe supervisera 22 CSCCom et 22 sites ASC par trimestre.

### **Supervision mensuel Kayes**

- Avec l'appui financier et logistique d'ACF les équipes des CSCCom en collaboration avec **4 superviseurs** superviseront les **45 sites ASC**.  
Chaque superviseur travaillera avec 12 CSCCom et 12 sites ASC.  
Sur la base d'un plan de supervision établi et validé par les assistants au chef de projet de Kayes, ils superviseront un site ASC par jour.

### **3.3.3 Approche 3 : District sanitaire de Bafoulabe**

Sans l'appui technique et financier d'Action Contre la Faim, les supervisions des 19 CSCCom et des 39 ASC se feront conformément aux outils SEC révisés.

- ✓ Supervisions Semestrielles : La DNS en collaboration avec la DRS et l'équipe cadre du district supervisent les activités des 39 ASC et les 19 CSCCom.
- ✓ Supervision Trimestrielles : L'équipe cadre du district supervise tous les 39 sites ASC au moins une fois par trimestre.
- ✓ Supervision Mensuelle : Les équipes des CSCCom supervisent l'ensemble de leurs sites ASC au moins une fois par mois.

## **3.4 PLAIDOYER**

Pour la pérennisation des acquis du projet, un plaidoyer sera conduit au niveau national pour l'intégration des agents de santé dans la pyramide sanitaire, la prise en charge des motivations et l'extension de la couverture des ASC. Il s'adressera également à l'intégration des intrants nutritionnels dans la liste des médicaments essentiels génériques et dans le schéma directeur d'approvisionnement.

Au niveau régional, un plaidoyer sera fait pour l'intégration des activités nutritionnelles de supervision et de formation dans le plan d'action de la direction régionale de santé et le conseil régional dans le cadre l'approche multisectorielle de lutte contre la malnutrition.

Au niveau des districts sanitaires, le plaidoyer s'adressera l'intégration de la nutrition dans les plans opérationnels des districts sanitaires et les conseils de cercles. Au niveau des centres de santé, les villages et les sites des agents de santé communautaire, des activités de plaidoyer et de mobilisation communautaire pour l'intégration de la nutrition dans les plans de développement social économique et culturel des communes (PDSEC) et les plan d'action des associations de santé communautaire. Les activités de promotionnelles et préventives de la malnutrition seront organisées dans tous les villages.

## **3.5 POPULATION CIBLE**

Il s'agit de tous les enfants et leurs mères de moins de cinq ans avec MAS qui seront traités au niveau des CSCCom et au niveau des sites SEC dans les trois approches.

**Suivi des enfants selon le système d'information sanitaire :** Tous les enfants MAS traités par les ASC et les DTC seront suivis conformément au protocole PCIMA. Les nouvelles admissions MAS et les données statistiques mensuelles (taux de guérison, d'abandon et de décès) des sites ASC et des CSCOM seront transmises hebdomadairement et mensuellement aux chargés SIS des districts sanitaires.

#### **Enquête socio-économique de comparabilité des zones du projet :**

Pour la comparaison des différentes approches, une enquête de base sur les caractéristiques socioéconomiques des populations des zones à comparer sera réalisée avant l'intervention. Elle permettra d'établir les conditions de comparaison.

Si les conditions socio-économiques sont similaires, alors la comparaison se fera sans biais.

Si ces conditions diffèrent, la comparaison se fera en mentionnant cette différence. L'unité statistique de randomisation sera l'aire de santé.

### **3.6 ENROLEMENT DES ENFANTS DANS L'ETUDE**

Tous les enfants de 6 à 59 mois admis dans le programme PCIMA et remplissant la définition de cas de MAS, ainsi que leurs mères ou accompagnantes seront enrôlés dans le programme. Les parents donneront leurs accords de participation après un consentement libre et éclairé

#### **Critères d'inclusion :**

- ✓ L'Age compris entre 6 à 59 mois.
- ✓ Cas de MAS : sera défini conformément au protocole PCIMA prenant en compte un des critères suivants : MUAC < 115 mm, et/ou P/T < - 3 Z-score, sans œdèmes bilatéraux.
- ✓ Les parents donneront leur approbation de participation après un consentement libre et éclairé

Les parents seront invités à fournir les preuves de l'âge. Si cela n'est pas possible, un calendrier des événements sera utilisé pour s'assurer que l'âge fourni par les parents est correct. Nous n'allons pas utiliser la taille comme indicateur approximative pour l'âge.

**Critères de non inclusion :** Résidence hors de la zone de l'étude

#### **Critères d'Exclusion :**

- ✓ Complications nécessitant un traitement à l'URENI
- ✓ Déplacement en hors de la zone d'intervention
- ✓ Retrait de l'étude

La taille d'échantillons pour l'investigation SQUEAC est calculée après l'estimation de la couverture à priori (selon les croyances et les résultats de l'analyse des données de

routine). Elle sera donc déterminée en **cours** d'investigation et après l'étape 2 de la SQUEAC.

L'enquête de l'utilisation de temps se fera sur la totalité des 164 ASC pendant la période de pic.

### **3.7 COLLECTE ET ANALYSES DES DONNEES**

Les données qui proviendront de différentes sources seront collectées soit par enquête, soit par l'analyse des données de routines du programme de PCIMA. Plusieurs outils seront utilisés

- ✓ Questionnaires pour les enquêtes de base, l'enquête du SQUEAC de base et finale.
- ✓ Le suivi de routine des données de PCIMA
- ✓ Le questionnaire d'évaluation du temps des ASC
- ✓ Le questionnaire de l'étude cout- efficacité

La variété des données collectées et les différentes enquêtes qui seront mises en œuvre au cours de cette recherche nécessitent des méthodes différentes avec chacune des procédures analytiques particulières.

Les données quantitatives seront enregistrées dans une base de données par l'équipe d'étude sur le terrain et partagées avec tous les investigateurs. La qualité des données sera suivie par les co-investigateurs et par le comité technique. Les données seront collectées avec respect d'anonymat. Les enfants MAS seront identifiés par le numéro MAS. Les données seront accessibles aux gestionnaires de base des données, chef de projet, co-investigateurs et aux statisticiens. Tous seront tenus au respect de la confidentialité. Des analyses descriptives seront mises en œuvre avec le logiciel EXCEL et tests statistiques différentielles seront mis en œuvre avec les logiciels SPSS et R.

Les variables d'intérêt suivantes seront analysées :

- ✓ Les indicateurs de performance : Taux de guérison, décès, non-réponse, transfert et les abandons du programme de prise en charge de la MAS.
- ✓ Coût - efficacité des soins des ASCs dans la zone d'intervention et des soins standard dans les CSCom.
- ✓ Couverture de traitement: Taux de couverture et barrières d'accès au traitement.

#### **3.7.1 L'Évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture**

Pour l'estimation de la couverture au début et en fin d'étude, la méthode SQUEAC sera utilisée dans les 3 approches. Ainsi 6 enquêtes SQUEAC seront réalisées. La SQUEAC est une investigation intelligente, itérative et informelle sur la couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Elle se base sur deux principes fondamentaux que sont l'exhaustivité (des informations jusqu'à saturation) et la triangulation (des sources et des méthodes). Elle est une combinaison des méthodes

quantitatives et qualitatives des investigations en santé publique. La SQUEAC se déroule en trois grandes étapes complémentaires.

- Etape 1 : Identification des zones de couverture faible et élevée ainsi que des facteurs influençant négativement la couverture en utilisant les données de routine du programme et des données qualitatives recueillies auprès d'informateurs clés dans le but d'assurer la triangulation et exhaustivité des sources et des méthodes.
- Etape 2 : Confirmation des zones de couverture faible et élevée ainsi que des raisons expliquant une couverture basse identifiée à l'étape 1
- Etape 3 : Estimation de la couverture du programme à l'aide de la technique Bayésienne<sup>11</sup>.

### **3.7.2 Etude coût-efficacité rétrospective**

Toute stratégie de soins de santé doit tenir compte des coûts et de l'efficacité. Une étude rétrospective sera mise en œuvre au cours de la deuxième phase du projet. Les données sur les coûts supportés par Action Contre Faim proviendront des relevés comptables d'Action Contre la Faim. Les autres coûts du programme, y compris ceux supportés par les centres de santé du gouvernement, seront recueillis au moyen d'entretiens avec des informateurs clés, menés par le coordonnateur de l'étude. Les coûts qui ne sont pas disponibles dans la comptabilité seront estimés avec une approche fondée sur les ingrédients, en utilisant les coûts unitaires et les quantités d'intrants variés. Les coûts des ménages seront estimés par des discussions de groupes de discussion dans chacune des zones d'étude. La variation de ces coûts sera modélisée à l'aide d'analyses de sensibilité. Des entretiens d'emploi du temps seront effectués avec tous les principaux employés de mise en œuvre (y compris les estimations de l'étude de l'utilisation de l'ASC) afin de mener une analyse des coûts fondée sur l'activité<sup>8,9</sup>

### **3.7.3 Evaluation de l'utilisation du temps par les ASC**

L'un des objectifs de cette étude est de comprendre comment l'intégration de la MAS dans le paquet d'activité des ASC influence le temps que ce dernier alloue à d'autres tâches. L'étude sera réalisée pendant la période de pic. Spécifiquement, cette analyse fournira des informations différentielles d'allocation du temps dans les trois approches et le partage du temps entre les tâches pour les activités préventives et curatives et le temps moyen pour gérer un cas de MAS par un ASC dans les trois approches.

Nous avons évalué les différents instruments de l'emploi du temps qui fournissent des estimations précises du temps de contact pour les agents de la santé. Le gold standard pour les études de l'utilisation du temps est une observation directe, étude de l'allocation du temps à l'aide des observateurs hautement qualifiés. Toutefois, cette méthode nécessite assez de ressources en termes de temps requis pour un nombre suffisant d'observations, de personnel qualifié pour mener, et l'expertise locale souvent rare pour ces méthodes (ce qui peut nécessiter le recrutement des experts internationaux)<sup>10</sup>.

Des recherches antérieures suggèrent que le journal de temps auto-administré est une méthode alternative. Il fournit des estimations de la durée de contact de l'agent de santé avec les patients par observations directes<sup>111</sup>.

### 3.8 RESULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE

Indicateurs	Résultats actuels	Résultats attendus
Couverture PCIMA	43% (Kita), Kayes et Bafoulabe??	Kayes et Kita 70% Bafoulabe 60%
Taux guérison	Kayes 90%; Kita 86% Bafoulabe 83%	Kayes et Kita 90% Bafoulabe 85 %
Taux d'abandon	Kayes 9,4%, Kita 11, 9% Bafoulabe 16%	Kayes ≤9% Kita Bafoulabe ≤ 10%
Taux de décès	Kayes 0, 4%, Kita 1, 17% Bafoulabe 0, 28%	Kayes ≤0,4% ; Kita ≤1% Bafoulabe ≤ 0,28%

Les résultats issus de cette étude permettront d'identifier les besoins en renforcement de capacité des ASC dans la prise en charge des cas MAS. Ils permettront aussi de développer des outils de prise en charge de la MAS par les ASC. Ces connaissances permettront à la DNS et ses partenaires de procéder à la mise en échelle de l'approche prise en charge de la MAS par les ASC.

Le rapport de cette étude servira à la production d'articles scientifiques qui seront publiés par Action Contre la Faim et à la communication des bailleurs d'urgence et de développement. Les abstracts seront présentés dans les congrès pour faire le plaidoyer de la mise à l'échelle régionale de cette approche.

### 3.9 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Les biais de représentativité de la population les cas enrôlés dans l'étude ne sont pas représentatifs de la population total de la région c'est les cas MAS traités par les ASC et les DTC qui seront inclus dans l'étude pour évaluer la qualité de la prise en charge de la MAS.

La SQUEAC se focalise sur l'évaluation de la couverture du programme PCIMA. Ces Biais n'affectent pas la comparaison des résultats de la prise en charge de la MAS dans les trois approches. Un mécanisme de suivi rapproché des cas MAS par les relais sera instauré. Ceci permettra de minimiser les cas d'abandon et de perdu de vu.

<sup>1</sup> Harvey, A.S. and M.E. Taylor, Time use, in *Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from Fifteen Years of LSMS Experience*, M. Grosh and P. Glewwe, Editors. 2000, World Bank: Washington, D.C

## **4 PLANIFICATION ET GESTION DE L'ETUDE**

### **4.1 DISPOSITIF OPERATIONNEL**

Le projet sera mis en œuvre par une équipe composée de personnel d'Action Contre la Faim et du personnel des services techniques du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique (MSHP).

#### **4.1.1 Personnel d'Action Contre Faim**

Un Responsable de recherche santé et nutrition qui supervisera l'ensemble de l'opération, un chargé de suivi évaluation, deux chef de projet et 10 superviseurs.

#### **4.1.2 Personnel des services techniques du MSHP.**

Cinq médecins superviseurs, 5 Points Focaux Nutrition (PFN), 5 Points Focaux SEC, 115 DTC, 164 ASC, les cadres de la DNS et de l'INRSP.

### **4.2 CADRES DE GESTION DU PROGRAMME**

#### **4.2.1 Comité de pilotage**

Le comité est sous le leadership de la DNS. Avec l'appui financier et technique d'Action Contre la Faim, la DNS organise et préside les réunions du comité de pilotage. Il se réunira 3 fois (au début du projet, à mi-parcours et à la fin du projet). Il validera la programmation des activités, approuvera les réalisations, veillera au respect des orientations stratégiques.

Le comité de pilotage est composé de DNS, Action Contre Faim, Université, INRSP, Fédération National des Association de Santé Communautaire (FENASCOM), UNICEF, CREDOS, ANSSA, DRS de Kayes, partenaires

#### **4.2.2 Une équipe de recherche**

#### **4.2.3 Composée d'Action Contre la Faim, de l'INRSP et de l'Université de Bamako**

#### **4.2.4 Les réunions techniques :**

Avec l'appui financier et technique d'Action Contre la Faim, la DRS de Kayes organise et préside les réunions techniques. Elle se réunira pour apprécier techniquement les réalisations, valider les chronogrammes des activités, veiller au respect du protocole de recherche et rédiger le rapport de suivi de l'évolution du projet à l'intention du comité de pilotage. Elle accompagne les consultants dans la réalisation des études. Les réunions se tiendront à Kayes en marge des supervisions intégrées. Il est composé de la DRS, Action Contre la Faim, DS, Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM), Partenaires

## Synergie avec les partenaires

Pour des raisons d'efficacité, une synergie d'action sera développée avec les partenaires qui appuient la PECMAS et les soins essentiels dans la communauté.

## 5 BUDGET

Le projet est financé par la fondation INNOCENT. Il sera mis en œuvre par ACF en collaboration avec la DNS. Le tableau suivant montre la répartition des postes budgétaires.

Postes budgétaires	Coût en FCFA
Activités opérationnelles	
<b>Formation des ASC</b>	
Transport/Déplacement	10 000 000
Perdièm	22 000 000
Restauration	10 166 000
<b>Supervision</b>	
Transport/Déplacement	980 000
Perdièm	7 000 000
<b>Cadres de concertations</b>	
Transport/Déplacement	200 000
Perdièm	4 000 000
Recherche opérationnelle	
<b>Enquêtes SQUEAC</b>	
Logistique	1 400 000
Honoraires du consultant	7 000 000
Soumission du protocole au comité d'éthique de l'INRSP	300 000
<b>Etude sur le temps de travail des ASC</b>	
Logistique	1 200 000
Honoraires et perdièm	3 000 000
Etude cout efficacité	8 400 000
Logistique	2 000 000
Honoraires et perdièm	6 400 000
<b>Etude de base socio-économique</b>	
Logistique	2 000 000
Honoraires et perdièm	6 400 000
<b>Ressources humaines</b>	
Salaires	130 000 000
Voyages	32 000 000
<b>Intrants et logistique</b>	
Production et reprographie des supports	30 000 000
Achat Moto	6 722 000
Fonctionnement Moto	3 000 000
Acheminement des intrants	7 000 000
Coût Global	41 948 000
<b>Total</b>	<b>278 110 000</b>

## 6 CONSIDERATION ETHIQUE

Le protocole d'étude sera soumis pour révision au Comité Scientifique International d'Action Contre le Faim et au Comité d'Ethique de l'INRSP. Nous prendrons soin de fournir le meilleur traitement disponible pour répondre aux besoins des enfants. Les enfants recevront les mêmes types de soins prévus par le protocole national PCIMA en vigueur au Mali aussi bien dans les structures de santé et dans le site ASC. L'équipe de projet et le comité technique veilleront au respect de ce protocole. Au cas où l'équipe d'évaluation rencontrerait des enfants qui souffrent de malnutrition aiguë, le couple mère-enfant sera référé avec une carte de référence.

Les principes suivants seront adoptés :

- ✓ A l'approbation du protocole par le Comité Scientifique International d'Action Contre le Faim. L'Action Contre le Faim Mali informera les autorités sanitaires locales et régionales et les représentants de la communauté. L'objectif et les procédures de l'étude seront expliqués à toutes les mères. Tous les répondants se réserveront le droit de refuser de participer à l'étude. Chaque ASC sera appelé à lire la déclaration de consentement libre et éclairé dans son intégralité, lentement et dans la langue locale pour le participant. Ils demanderont alors si la déclaration de consentement a été comprise et s'il y a des questions.
- ✓ Ensuite, l'ASC demandera à la mère/tutrice si elle accepte de participer à l'étude. A ce moment, l'opportunité sera donnée au répondant de refuser de participer à l'étude. L'ASC expliquera qu'il peut aussi refuser de participer à l'étude à tout moment au cours de l'étude, sans que cela n'ait de répercussions sur lui ou sa famille. Le consentement libre et éclairé pour les enfants sera donné par leurs mères ou tuteurs légaux. Un formulaire de consentement libre et éclairé sera signé (ou empreinte digitale) par le principal responsable de l'enfant et, si présent, le chef de ménage. Les accompagnants qui auront refusés de participer bénéficieront des mêmes soins que les autres enfants sauf que leurs données ne seront pas incluses dans l'étude.
- ✓ Risques et effets indésirables graves: il n'y a pas de risques connus liés aux méthodes d'évaluation (questionnaires, anthropométrie).
- ✓ Urgences: Tous les sujets de l'étude à la fois des groupes contrôles et d'interventions bénéficieront de soins médicaux en cas de complication médicale en lien avec son état nutritionnel survenue pendant l'étude. Le programme supportera les frais médicaux liés à ces interventions. La prise en charge de la malnutrition aiguë est toutefois disponible gratuitement dans chaque centre de santé.
- ✓ Les données seront conservées dans une base des données sécurisées accessibles à l'investigateur principal et aux co-investigateurs pour une durée de 5 ans.
- ✓ Déclaration des conflits d'intérêt : le seul intérêt pour l'Action Contre le Faim est de contribuer à l'amélioration de la couverture de la prise en charge MAS et ainsi améliorer l'accès aux soins aux populations éloignées des structures de prise en charge. Ainsi que l'amélioration d'équité des soins de PCIMA.

- ✓ Anonymat: les précautions seront également prises pour assurer l'anonymat des participants lors de la collecte de données, la gestion des données, l'analyse de données et la diffusion des résultats. Les formulaires de données seront rendus anonymes. Les données seront collectées avec respect d'anonymat. Les enfants MAS seront identifiés par le numéro MAS. Les données seront accessibles aux gestionnaires de base des données, chef de projet, co-investigateurs et aux statisticiens. Tous seront tenus au respect de la confidentialité.

## 7 CHRONOGRAMME

Le programme sera mis en œuvre sur une durée de 24 mois.

Activités	CHRONOGRAMME							
	Année 2017				Année 2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Obtention du Quidus du comité d'éthique de l'INRSP	■	■						
Formation des ASC sur les outils SEC révisés			■					
Réalisation de l'enquête de base sur les caractéristiques socio-économique			■					
Réalisation de l'enquête de couverture (SQUEAC)			■				■	
L'enrôlement des enfants			■	■	■	■	■	
L'étude sur le temps de travail des ASC			■	■				
Etude Coût efficacité			■	■				■
Rapport Final et dissémination des résultats								■

Ce protocole sera un outil de travail. Les modifications nécessaires seront intégrées au document selon les réalités du terrain. Toute modification sera notée dans le rapport final de la recherche.

## ANNEXES

### Annex 1. FICHE D'INFORMATION : **EFFET DE L'INTEGRATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE DANS LE PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DE KITA, KAYES ET BAFOULABE AU MALI**

#### **But de l'étude**

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'augmentation de la couverture PCIMA à travers le traitement de la MAS par les ASC.

Cette étude se déroulera dans les districts sanitaires de Kita, de Kayes et de Bafoulabe. Elle se focalisera sur deux axes stratégiques, l'approche de formation et de supervision des ASC. La formation des ASC se fera selon les outils SEC révisés. Elle sera accompagnée d'un stage pratique de six semaines dans chaque approche. L'approche supervision sera la suivante :

**District sanitaire de Kita : Dispositif opérationnel intense**

**Approche de supervision :** Avec l'appui logistique, financier et en Ressource Humaine (RH) de Action Contre la Faim, les supervisions ci-dessous seront réalisées.

- ✓ Supervision mensuelle des ASC par le DTC
- ✓ Supervision trimestrielle de l'équipe cadre du district vers les CSCom et les sites ASC
- ✓ Supervision semestrielle du niveau régional et central vers les districts sanitaires, les CSCom et les ASC
- ✓ Supervision spécifique nutrition mensuelle des ASC par trois médecins d'appui aux points focaux nutrition et SEC.

**District Sanitaire de Kayes : Dispositif opérationnel peu intense**

**Approche de supervision :** Avec l'appui logistique, financier et de RH de Action Contre la Faim, les supervisions ci-dessous seront réalisées.

- ✓ Supervision mensuelle des ASC par le DTC
- ✓ Supervision trimestrielle de l'équipe cadre du district vers les CSCom et les sites ASC
- ✓ Supervision semestrielle du niveau régional et central vers les districts sanitaires, les CSCom et les ASC

**Modelé Bafoulabe :** Sans appui logistique, financier et de RH de Action Contre la Faim, réaliser les supervisions selon les outils SEC révisés.

#### **Procédures de l'étude**

Vous serez admis dans le programme de prise en charge de la malnutrition si votre enfant remplit l'un des critères d'admission MAS conformément au protocole PCIMA. L'ASC vous posera quelques questions. Il vous donnera les informations nécessaires. La prise en charge de votre enfant se fera selon le protocole PCIMA.

Le personnel de l'étude ou des agents de collecte lors des enquêtes peuvent passer chez vous pour avoir un entretien avec vous. Nous vous prions de donner votre avis librement et de collaborer avec eux, cela n'aura aucune incidence négative sur vous ni sur votre enfant.

### **Confidentialité**

Toutes les informations seront confidentielles. Les données telles que le nom de votre enfant ou votre nom ne seront utilisées lors de la saisie des données dans l'ordinateur, et personne en dehors des agents de santé et les responsables de l'étude ne verra les informations recueillies.

### **Coût et paiement**

Le traitement de votre enfant sera gratuit et vous recevrez une quantité de Plumpy nut ainsi que les médicaments nécessaires pour le traitement votre enfant.

### **Libre choix de participation**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser que votre enfant participe à l'étude, sans aucun préjudice ni reproche vis-à-vis de votre enfant ou de vous-même, et sans avoir à donner les raisons de votre refus. Si vous ne voulez pas participer à l'étude ou répondre à une question, votre enfant sera pris en charge comme tous les autres enfants dans le programme nutritionnel habituel.

Vous pouvez maintenant, et pendant toute l'étude, poser toutes les questions à l'infirmier qui traite votre enfant aux investigateurs de l'étude.

Responsable de programme de recherche Santé et Nutrition, Action Contre le Faim Mali Mail : [asalam@ml.acfspain.org](mailto:asalam@ml.acfspain.org), Tel : 00223 93 03 48 71

**Co-Investigateur:** Dr. Aly LandouréMsc, PhD en épidémiologie, Suivi et Evaluation des projets, Maitre de Recherche, Formateur en Méthodologie de recherche, Chef de Département Santé Communautaire (DSC) INRSP Mail: [aland954@hotmail.fr](mailto:aland954@hotmail.fr), Tel : 00223 76 01 54 87

**Contact Comité d'éthique :** COMITE D'ETHIQUE DE L'INRSP. BP 1771/ Tél : 66 78 11 13 / 76 18 72 60 . Bamako, Mali

**Merci beaucoup pour votre aide !**

Annex 2. ENQUÊTE DE BASE SUR LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUE

**EFFET DE L'INTEGRATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE DANS LE PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DE KITA, KAYES ET BAFOLABE AU MALI**

1. Address and Identification Information											
La mere /parent/le gardien legal de l'enfant est-il d'accord pour participer et à donner son consentement OUI  _  NON  _											
1	Commune										
2	Cscom fréquenté										
3	Nom du village										
4	ID du Menage										
5	Date										
			j	j	m	m	a	a	a	a	
6	Nom du Chef de ménage										
7	Nom de l'enquêté										
8	Age de la personne enquêtée		Age année_____ Qualification _____								
9	Code de l'agent enquêteur Nom & Code										
10	Code du superviseur										
11	Date visite (1ière )										
12	Date visite										

	(2ième )											
13	Date visite (3ième )											
		j	j	m	m	a	a	a	a			
14	Resultat	Reusltat de l'enquête 1= Complete 2= Refus 3= absent 4= autres .....										
15	Heure de début:  __ __:  __ __											
16	Signature du superviseur:						Date: __ _ / __ _ /  __ _					
17	Remarques											
18	Code de l'agent de saisie des données											

### 1. Composition du ménage

ID	1.1 Nom du membre de la famille  Commencer par le Chef de menage	1.2 Sexe	Lien de Parenté	1.3 Age			1.4 Nombre d'année d'etude	1.5 Occupat ion	Si Age 6-59 mois		
									PB cm	Poid s kg	Taill e cm
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											

08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
<b>Code pour niveau d'instruction</b>											
<b>Code pour les occupations</b>											
Code pour le lien de parenté											
01 = CHEF DE MÉNAGE 08 = FRÈRE OU SOEUR											
02 = FEMME OU MARI 09 = AUTRE PARENT											
03 = FILS OU FILLE 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/											
04 = GENDRE/BELLE-FILLE ENFANT DE LA FEMME/MARI											
05= PETIT-FILS/FILLE 11 = SANS PARENTÉ											
06 = PÈRE/MÈRE 98 = NE SAIT PAS											
07 = BEAUX-PARENTS											

### Q1.7: Taille du Ménage

Enfant <6 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants malnutris 06-59 mois (SAM & MAM by MUAC <11.5)		Homme membre (5 ans et plus)	Femme membre (5 ans & plus)	Nombre total
M	F	M	F	M	F	M	F	

### 3. Socioeconomic Information

S#.	Questions	Reponses	saut
2	<i>D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?</i>	<p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ----- [1]</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ----- [2]</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAIN --- [2]</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE PUITS CREUSÉ----- [4]</p> <p><b>PUITS</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ----- [5]</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ----- [6]</p> <p>EAU DE SOURCE ----- [7]</p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ----- [8]</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ----- [9]</p> <p><b>EAU DE PLUIE</b></p> <p>CAMION CITERNE ----- [10]</p> <p>CHARRETTE AVEC CITERNE/ TONNEAU</p>	

		-----[11] EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/ -----[12] LACS/MARES/FLEUVES/CANAU/D'IRRIG ATION -----[13] EAU EN BOUTEILLE -----[14] AUTRE -----[15] PRECISEZ-----	
3	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT -----[10]  DANS VOTRE COUR/PARCELLE -----[10]  AILLEURS -----[10]	
	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ----- ----- [ ]mn  SUR PLACE ----- -----[0]  NE SAIT PAS ----- -----[999]	
	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à		
4	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?	LA FAIRE BOUILLIR ----- [5]  AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ----- [5]  LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ----- [5]  UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ ----- [5]  DÉSINFECTION SOLAIRE ----- [5]	

		<p>LAISSER SE REPOSER ----- [5]</p> <p>AUTRE X----- [5]</p> <p>Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	
5	<p>Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent ils habituellement</p>	<p>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</p> <p>CHASSE D'EAU CONNECTÉE</p> <p>À UN SYSTÈME D'ÉGOUT</p> <p>À UNE FOSSE SEPTIQUE</p> <p>À UNE FOSSE D'AISANCES</p> <p>À QUELQUE CHOSE D'AUTRE</p> <p>À NE SAIT PAS</p> <p>FOSSE D'AISANCES</p> <p>FOSSES D'AISANCES AMÉLIORÉE</p> <p>AUTO-AÉRÉE</p> <p>FOSSES D'AISANCES AVEC DALLE</p> <p>FOSSES D'AISANCES SANS DALLE/</p>	

		TROU OUVERT TOILETTES À COMPOSTAGE SEAU/TINETTE TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES PAS DE TOILETTES/NATURE AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
6	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?		
7	Combien de ménages utilisent ces toilettes	DE MÉNAGES SI MOINS DE 10..... 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98 0	

## POSSESSION DES BIENS

2.8	<b>Votre ménage possède-t-il actuellement les biens d'équipements suivants</b> <b>(en état de fonctionner) ?</b>  <i>Ne vous fiez pas à l'apparence du ménage, posez toutes les questions</i>		1 = Oui      0 = Non
	Radio	16/- Cuisinière	31/- Tracteur
	02/- Télévision	17/- Lampe torche	32/- Motopompe
	03/- Lecteur VCD/DVD	18/- Téléphone fixe	33/- Tracteur
	04/- Magnétoscope/Vidéo	19/- Téléphone portable	34/- Pirogue
	05/- Ordinateur	20/- Fer à repasser	35/- Décortiqueuse
	06/- Ventilateur	21/- Montre	36/-

					Hache/Houe/Daba/ Faucille	
	07/- Climatiseur	__	22/- Bicyclette/Vélo	__	37/- Brouette	__
	08/- Lit	__	23/- Mobylette/moto	__	38/- Semoir	__
	09/- Table	__	24/- Automobile/Voitu re	__	39/- Pulvérisateur	__
	10/- Chaise	__	25/- Groupe électrogène	__	40/- Batteuse	__
	11/- Armoire	__	26/- Panneau solaire	__	41/- Autre 1	__
	12/- Tapis/Natte	__	27/- Machine à coudre	__	42/- Autre 2	__
	13/Antenne parabolique	__	28/- Moulin	__	43/- Autre 3	__
	14/- Réfrigérateur (frigo)	__	29/- Charrue	__	44/- Autre 4	__
	15/- Bouteille de gaz	__	30/- Charrette	__	45/- Autre 5	__

9	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) ..... 02 GAZ NATUREL ..... 03 BIOGAZ ..... 04 KEROSÈNE ..... 05 CHARBON, LIGNITE ..... 06 CHARBON DE BOIS ..... 07 BOIS ..... 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 09 RÉSIDUS AGRICOLES ..... 10 BOUSE ..... 11
---	---	--

		PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE ..... 95 AUTRE 96	
10	I Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
11	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	Yes ها ..... [1] No لا ..... [2]	
12	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) [6]	

13	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<p>MATÉRIAU NATUREL</p> <p>PAS DE TOIT ..... 11</p> <p>ENREGISTREZ L'OBSERVATION. CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12</p> <p>MOTTES DE TERRE ..... 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</p> <p>NATTES ..... 21</p> <p>PALMES/BAMBOU ..... 22</p> <p>PLANCHES EN BOIS ..... 23</p> <p>CARTON ..... 24</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ</p> <p>TÔLE ..... 31</p> <p>BOIS ..... 32</p> <p>ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33</p> <p>TUILES ..... 34</p> <p>CIMENT ..... 35</p> <p>SHINGLES ..... 36</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	
14	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS	<p>MATÉRIAU NATUREL</p> <p>PAS DE MUR ..... 11</p> <p>ENREGISTREZ L'OBSERVATION. BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12</p>	

		12 TERRE ..... 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRES AVEC BOUE..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26 MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
15. 1	Statut de la maison?	Propriété du ménage [1] Location [2] Habite sans location [3] Autre Spécifie [4]	
16	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :		

		<p>Une montre ?</p> <p>Charrues?</p> <p>Une bicyclette ?</p> <p>Une charrette tirée par un animal ?</p> <p>Une motocyclette ou un scooter ?</p> <p>Une pirogue/ ou filets de pêche?</p> <p>Une voiture ou une camionnette ?</p> <p>Un bateau à moteur ?</p>	
17	<p>Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?</p>		<p>If No go to Q.19</p>
18	<p>Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950</p>	<p>NOMBRE D'HECTARES</p> <p>95 HECTARES OU PLUS ..... 950</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
19	<p>Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux</p>		
20	<p>Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ?</p> <p>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p> <p>SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'</p>	<p>.</p> <p>Bétail ?</p> <p>Vaches laitières ou taureaux ?</p> <p>Chevaux, ânes ou mules ?</p>	

		Chèvres ?	
		Moutons ?	
		Poulets ?	

## 5. Income & Expenditures

7.2 Au cours des <b>12 derniers mois</b> , quelle a été la première, la deuxième, la troisième, source de revenu du ménage ?		7.3 Quelle est la valeur monétaire totale (autoconsommation incluse) générée par cette source de revenu au cours des <b>12 derniers mois</b> ?	
PAR ORDRE D'IMPORTANCE - UTILISEZ LES CODES CI-DESSOUS		(valeur en francs CFA)	
7.2a  __ __  Principale source de revenu _____		7.3a  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
7.2b  __ __  Deuxième source de revenu _____		7.3b  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
7.2c  __ __  Troisième source de revenu _____		7.3c  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
<b>Code des sources de revenu</b>			
01 = Agriculture vivrière		15 = Transport (y compris taxi-moto, charrette, pirogue)	
02 = Agriculture de rente		16 = Travail spécialisé (maçon, peintre, menuisier, etc.)	
03 = Élevage (gros bétail) et produits dérivés (lait, viande, etc.)		17 = Travail journalier (tâcheron, docker, Petits métiers/boulots, etc.)	
04 = Élevage (bétail de taille moyenne) et produits (lait, viande)		18 = Salarié/Contractuel (y compris forces armées, ONG, public, parapublic)	
05 = Aviculture (volailles, œufs)		19 = Retraité/Pensionnaire	
06 = Arboriculture		20 = Ouvrier agricole	
07 = Maraîchage		21 = Transferts d'argent	
08 = Artisanat		22 = Dons/Aides	
09 = Ressources forestières (brut ou transformé : charbon, gomme, Karité, bouye, mad, ditakh, vin de palme, etc.)		23 = Tourisme/Éco-tourisme	
10 = Pêche / fruits de mer		24 = Vente de sel	
11 = Produits miniers (or, fer...)		25 = Apiculture	
12 = Commerce informel/ambulant (carte téléphonique, eau, petits articles divers, beignets, cacahuète, noix d'acajou....) (à préciser _____)		26 = Autres (à préciser) _____	
13 = Commerce de produits alimentaires		00 = Pas d'autres sources de revenu	
14 = Commerce formel (boutique, magasin, y compris restaurant, etc.)			
7.4	Combien dépenser vous par mois pour les commodités telles que? Lumière/Gaz/Téléphone/etc		__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __



		adultes et enfants de 5 ans et plus	enfan ts  (6 à 59 mois)
5.1. Hier, combien de repas (familial) ont été pris par le ménage ?		__	__
5.2. Habituellement en période de soudure, ce nombre de repas pris-la	1 = Moins / 2 = Pareil / 3 = Plus	__	__
veille est-il différent ?			
5.3. En dehors de la période de soudure, combien de repas le ménage a-t-il l'habitude de prendre ?		__	__
5.4. Composition des repas pris la veille de l'enquête (5.4.b) ainsi qu'au cours des 7 derniers jours ayant précédé l'enquête (5.4.c)			
5.4a. Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu un jour de fête qui a eu une influence sur la consommation alimentaire du ménage ? (0 = Non 1 = Oui)			__
<b>Aliments</b>	<b>5.4b</b>  <i>Hier, votre ménage a-t-il mangé les aliments suivants ?</i>  1 = Oui  0 = Non	<b>5.4c</b>  <b>Au cours des 7 derniers jours, Nombre de jours où le ménage a mangé les aliments suivants ?</b>  (0-7)	<b>5.4d</b>  <b>Quelle était la principale source de cette nourriture consommée au cours de ces 7 derniers jours ?</b>  <i>(Voir les codes des sources en bas du tableau)</i>
	Riz	__	__
	Maïs	__	__
	Mil/Sorgho	__	__
	Autres céréales (blé, farine de blé, fonio, etc.)	__	__
	Manioc	__	__
	Patates	__	__
	Autres tubercules (igname, manioc, pomme de terre, etc.)	__	__
	Pâtes (macaroni, vermicelli, spaghetti)	__	__
	Pain/Beignets	__	__



									_			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

**7. Access au Service de Santé & Volonté d'utilisation des service de santé et nutrition**

S#.	Question	Responses	
1	A quelle distance le centre de santé communautaire (Cscm) du gouvernement est de votre village ?	Distance in KMs: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Direz-vous que le centre est	Trop loin de chez vous Loin de chez vous Un peu loin de chez vous Pas loin de chez vous	
2	As-tu souvent recherché des soins quand t'es malade dans ce centre de santé?	OUI ----- [1] NON----- [2]	
	As-tu souvent recherché des soins pour tes enfants quand ils sont malades dans ce centre de santé?	OUI ----- [1] NON----- [2]	
3	Sinon, quelles sont les principales barrières ou les contraintes pour avoir accès aux soins de santé dans ce centre?	Le centre de santé est trop loin ----- [1]  Absence d'infrastructures de base ----- [2]  Je ne peux pas payé les frais de transport ----- [3]  Les frais pour les medicament----- [4]  Je n'ai pas l'autorisation de mon mari --- [5]  Le centre est souvent fermé----- [6]  Accès difficile à la structure de santé---- [7]	

		Autres Motifs	
4	As-tu connaissance d'un ASC present dans les environs (ton village ou un village a moins d'ici de 3 km)?	OUI----- [1] NON----- [2] Ne sait pas----- [99]	
	Si un relais communautaire, ou un ASC recommandait que vous emmeniez [nom de l'enfant] à centre de santé pour recevoir des soins, pourriez-vous le faire ?	OUI----- [1] NON----- [2] Ne sait pas----- [99]	
	Si « Non », pourquoi pas ?		
	Si « Oui », à quel centre l'emmèneriez-vous ?  [Le centre de santé communautaire de la zone, le site SEC doivent être cité ici ]	____ Centre 1 .....  ____ Centre 2 .....  ____ Centre 3 .....	
	Si un médecin ou une infirmière recommandait que [nom de l'enfant] passe la nuit à l'hôpital pour recevoir des soins, est-ce que vous accepteriez ?	OUI----- [1] NON----- [2] Ne sait pas----- [99]	
	Si « Non », pourquoi pas ?		
	Que pensez-vous des soins que votre enfant pourrait recevoir dans	Centre 1 : Excellents Bons Moyens Médiocres Ne sait pas  Centre2: Excellents Bons Moyens Médiocres Ne sait pas  Centre 3 : Excellents Bons Moyens Médiocres Ne sait pas	

Heure de fin |\_\_|\_\_:|\_\_|\_\_|

Observations :

Informations certifiées correctes

-----  
-----

Signature de l'enquêteur :

-----

-----

-----

Signature du superviseur : -----

NUMERO TEL : -----

superviseur -----

Visa du

**Annex 3. ASC Time diary**

*Deux copies seront données aux ASCs pour les remplir pendant deux jours de travail (jours où ils reçoivent des patients chez eux sur leur site SEC), et enregistrer leurs activités pendant les heures de travail.*

Nom de ASC:
Date:
Jour de la semaine:

<b>Matin</b>		
Heur	Min	Activités
3am	00	
	15	
	30	
	45	
4am	00	
	15	
	30	
	45	
5am	00	
	15	
	30	
	45	
6am	00	
	15	
	30	
	45	
7am	00	
	15	
	30	
	45	
8am	00	
	15	
	30	
	45	
9am	00	
	15	
	30	
	45	
10am	00	
	15	
	30	
	45	

<b>A Partir de midi</b>		
heur	Mi	Activités
12p	00	
m	15	
	30	
	45	
1pm	00	
	15	
	30	
	45	
2pm	00	
	15	
	30	
	45	
3pm	00	
	15	
	30	
	45	
4pm	00	
	15	
	30	
	45	
5pm	00	
	15	
	30	
	45	
6pm	00	
	15	
	30	
	45	
7pm	00	
	15	
	30	
	45	

11am	00
	15
	30
	45

8pm	00
	15
	30
	45

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

<sup>1</sup> *Annuaire statistique 2016 des ressources humaines du secteur sante, développement social et promotion de la femme*

<sup>2</sup> *Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, République du Mali, 1999 Loi N°99-035/ Du 10 Aout 1999 Portant Création des Collectivités Territoriales de Cercles et de Régions (in French),*

<sup>3</sup> SMART 2016 Mali Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité rétrospective

<sup>4</sup> *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de La Pauvreté CSCR 2012-2017*

<sup>5</sup> *Rapport enquete SQUEAC Kita 2015 ,*

<sup>6</sup> Coverage Monitoring Network, SQUEAC report. [http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2015/07/Kita\\_-Dec-2014\\_-Mali\\_-SQUEAC.pdf](http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2015/07/Kita_-Dec-2014_-Mali_-SQUEAC.pdf)

<sup>7</sup> *Soins essentiels dans la communauté. Guide d'utilisation des supports de suivi/supervision des ASC. 2015*

<sup>8</sup> Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-effectiveness... [JAMA. 1996] - PubMed result. JAMA. 1996;276(15):1253-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849754>.

<sup>9</sup> Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB and Murray C. WHO GUIDE TO COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS. In: *Global Programme on Evidence for Health Policy*, World Health Organization, Geneva.; 2003.

<sup>10</sup> Bratt, J. H., Foreit, J., Chen, P. L., West, C., Janowitz, B., & De Vargas, T. (1999). **A comparison of four approaches for measuring clinician time use.** *Health policy and planning*, 14(4), 374-381 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10787653>

<sup>11</sup> Harvey, A.S. and M.E. Taylor, **Time use, in Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from Fifteen Years of LSMS Experience**, M. Grosh and P. Glewwe, Editors. 2000, World Bank: Washington, D.C