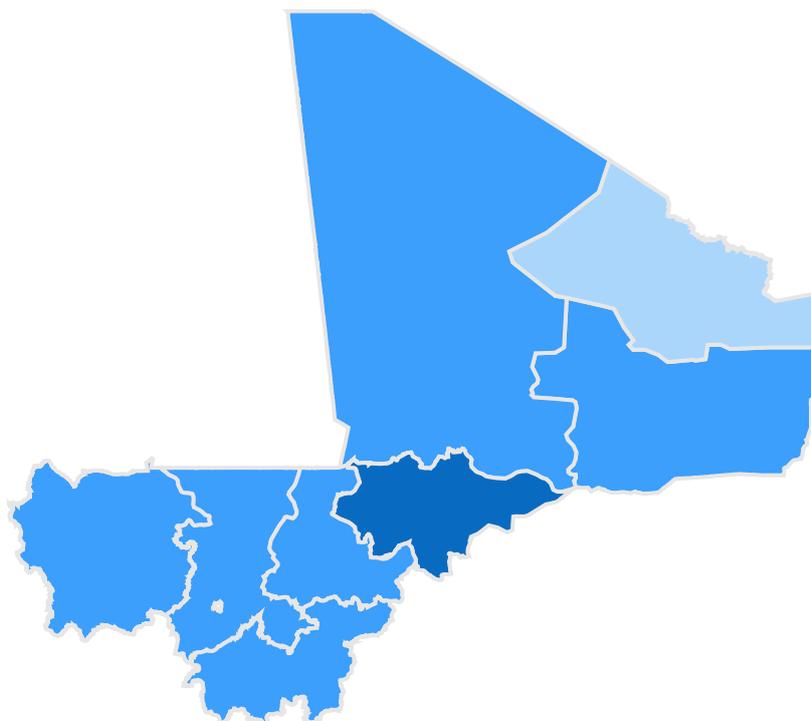




RAPPORT DE LA CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES ET DES INTERVENTIONS CLES EN NUTRITION AU MALI

Niveau National



LISTE DES ABREVIATIONS

4W	Who, What, Where, When
5W	Who, What, Where, When, Whom
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CIP	Communication Inter-Personnelle
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et Statistique
DHIS2	District Health Information System
ENSAN	Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Agriculture
FEFA	Femmes Enceintes et Allaitant
GSAN	Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition
HISP	Health Information System Programm
INSTAT	institut National de Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MII	Moustiquaire imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU-femme	Organisation des Nations Unies- Femmes
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEC	Prise En Charge
PNN	Politique Nationale de Nutrition
PTF	Partenaires Financiers et Techniques
REACH	Renew Effort Against Child Hunger et Under-nutrition Standardized Monitoring and Assessment of Relief Transitions-Mesure de la Mortalité et du Statut Nutritionnel
SMART	
SPE	Surveillance Préventive des Enfants
SRO	Sel de Réhydratation Oral
SUN	Scaling Up Nutrition
SUN-PMT	Scaling Up Nutrition Planification and monitoring Tools
TPIP	Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Eau Hygiène Assainissement

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	i
REMERCIEMENTS.....	iv
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
2.1. Intérêt de la cartographie	2
2.2. Pertinence de la cartographie pour l'ensemble des acteurs	3
3. OBJECTIFS	3
4. METHODOLOGIE.....	4
4.1. Phase préparatoire	4
a- Etat des lieux de la disponibilité des données	4
b- Atelier de validation des interventions à cartographier	4
4.2. Customisation.....	6
4.3. Collecte de données	7
4.4. Analyse et interprétation des données	8
4.5. Restitution préliminaire.....	8
4.6. Limites et difficultés de la cartographie.....	9
5. RESULTATS.....	10
5.1. Analyse nutritionnelle	10
5.2. Parties prenantes : qui fait quoi pour la Nutrition?	11
5.3. Présentation des interventions, groupes cibles et mécanismes de mise en œuvre ...	13
5.4. Couvertures des cibles par région	15
5.5. Couvertures des cibles par catégorie d'action.....	17
5.6. Quelques analyse croisées	26
6. CONCLUSION	30
ANNEXE : Liste des structures et organisation citées dans le rapport.....	31

Liste des tableaux

Tableau 1: Liste des interventions et leurs cibles retenues pour la cartographie	5
Tableau 2: La collecte de données en quelques chiffres	8
Tableau 3: Tableau de bord de la situation nutritionnelle	10
Tableau 4: Qui fait quoi pour la nutrition.....	12
Tableau 5: Couvertures géographiques, couvertures des cibles et mécanisme de mise en œuvre par intervention	14
Tableau 6: Couverture des cibles par région.....	16

Liste des figures

Figure 1: Définition des concepts	11
Figure 2: Couverture des actions de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en 2017	18
Figure 3: Couverture des FEFA sensibilisées à l'allaitement maternel exclusif par région.....	18
Figure 4: Couverture des actions de la supplémentation en micronutriments en 2017	19
Figure 5: Couverture d'enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A en routine par région	19
Figure 6: Couverture de la prise en charge de malnutrition aigüe 2017	20
Figure 7: Couverture d'enfants de 6-59 mois avec MAM ayant été pris en charge par région .	20
Figure 8: Couverture des actions de la Prévention et gestion des maladies en 2017	21
Figure 9: Couverture des actions de la santé maternelle en 2017	22
Figure 10: Couverture de femmes enceintes ayant reçu 4 consultations prénatales (CPN4) par région	22
Figure 11: Couverture des actions de l'alimentation et l'Agriculture en 2017	23
Figure 12: Couverture des ménages ayant bénéficié des animaux pour petit élevage par région	23
Figure 13: Couverture des actions de WASH en 2017	24
Figure 14: Couverture des actions de la protection sociale en 2017	24
Figure 15: Couverture d'élèves du primaire ayant bénéficié de cantines scolaires.....	25
Figure 16: Présentation de la prévalence de malnutrition aigüe globale et des couvertures de la prise en charge.....	26
Figure 17: Présentation de la prévalence de l'anémie et des couvertures de la supplémentation en fer acide folique et TPIP	27
Figure 18: Croisement des couvertures des populations cibles et des couvertures géographiques pour les actions de protection sociale, agriculture et WASH	28
Figure 19 : Croisement des couvertures des populations cibles et des couvertures géographiques du secteur sante : ANJE, Santé maternelle, Supplémentation en micronutriment, prise en charge de la malnutrition	28

Figure 20: croisement prévalence du retard de croissance et le nombre d'actions clés couvrant au moins 50% de leur cible par région29

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit de la collaboration entre la Cellule de Coordination de la Nutrition, de tous les ministères sectoriels impliqués dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et du Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition et tous les Partenaires Techniques Financiers du domaine de la Nutrition au Mali.

Ce travail a été rendu possible grâce l'assistance technique et financière du Mouvement SUN à travers REACH et de l'appui de l'équipe technique DHIS2 de la Cellule de Planification et des Statistique du secteur de la Santé.

Il convient de remercier toutes structures gouvernementales et toutes les organisations non gouvernementales pour leur disponibilité à travailler avec l'équipe chargée de la cartographie des parties prenantes et des actions nutritionnelles pour l'exercice 2017 et leur engagement à améliorer la gestion de Politique Nationale de Nutrition et du Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition.

La cellule de Coordination se félicite de la collaboration franche et étroite de la Division Nutrition de la Direction Nationale de la Santé, de l'UNICEF, du Secrétariat Général du REACH et de HISP West africa, dans la réalisation de ce travail.

Nous espérons que les résultats et les recommandations de cette étude contribueront à l'amélioration de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes et de la coordination multisectorielle en faveur du renforcement de la nutrition au Mali.

1. INTRODUCTION

La nutrition constitue un pilier important du développement socio-économique et humain d'une nation. La sous-nutrition, résultant de diverses causes structurelles et conjoncturelles, présente des conséquences négatives sur le bien-être des populations.

Reconnaissant l'importance de la nutrition dans le développement, le Mali affiche une volonté politique au plus haut niveau en faveur de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Cette volonté s'est traduite par l'adoption de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) en 2013 et de son Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition pour la période 2014-2018 (recommandations du forum national sur la nutrition tenu en juin 2010).

Au plan international, le Mali a adhéré au partenariat REACH en 2011 et au Mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) en 2012. Le REACH, cette approche multi-agences (UNICEF, PAM, FAO, OMS) a permis d'appuyer techniquement et financièrement le processus d'élaboration du Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition et de son plan de communication.

Conformément au mécanisme de coordination multisectoriel défini dans la Politique Nationale de Nutrition, la Cellule de Coordination de la Nutrition a été créée par le décret n°0208 PM-RM du 30 mars 2015 et opérationnalisée en juin 2016. Elle a pour mission d'assurer la mise en œuvre du partenariat multi-acteurs et multi-secteurs de nutrition pour une meilleure gouvernance de la nutrition.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La bonne gouvernance est devenue un facteur essentiel dans les efforts de renforcement de l'approche multisectorielle de la nutrition. Son impact sur le développement est aujourd'hui plus décisif. Elle permet une utilisation efficace des intrants de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Elle permet également l'utilisation judicieuse et rationnelle des informations, des ressources humaines et financières pour offrir de meilleurs services et atteindre des résultats tangibles dans la lutte contre la malnutrition.

La gouvernance en matière de nutrition nécessite des outils d'aide à la prise de décision, à la planification et à la coordination des actions de nutrition dans le but de contribuer au renforcement de la nutrition à travers une meilleure coordination entre les parties prenantes et la mise à échelle des actions de nutrition.

Au Mali, en dépit de ces efforts et des progrès enregistrés, la situation nutritionnelle reste préoccupante. Sur le plan national, les taux de malnutrition aiguë globale (MAG, émaciation) chez les enfants varient entre le seuil critique (10%) et le seuil d'urgence (15%). Les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART de 2017 ont montré un taux de malnutrition aiguë globale de 10,7% chez les enfants de 6-59 mois. La prévalence du retard de croissance de 23,1% et celle de l'insuffisance pondérale de 16,3%.

Pour répondre de façon holistique aux problèmes de malnutrition, et faire face aux défis et lacunes systémiques de la mise en œuvre du partenariat multisectoriel, REACH propose des outils innovants et visuels dont l'outil SUN-PMT (Scaling Up Nutrition –Planification and monitoring Tools). Ainsi, une première cartographie des parties prenantes et des interventions clés avait été conduite en 2016 au Mali sous l'égide de la Cellule de Coordination de la Nutrition avec l'appui technique et financier de REACH. Cet exercice a permis d'apporter des réponses aux questions importantes en nutrition en donnant un aperçu de la situation nutritionnelle du pays et une vision multisectorielle de « **Qui fait Quoi, Où et Comment ?** » pour améliorer la situation nutritionnelle. En outre, la cartographie a permis de déterminer à quelle échelle les actions sont mises en œuvre et d'identifier des potentielles insuffisances et des besoins existants pour un renforcement des actions clés en termes de couverture géographique et de

couverture des groupes cibles. La version Excel de l'outil de cartographie (SUN PMT) a servi pour la conduite de ce premier exercice.

Le Mouvement SUN à travers REACH a développé une nouvelle version web de l'outil de planification et de suivi pour le renforcement de la nutrition. La version web utilise le logiciel DHIS2 pour collecter, stocker et visualiser des données dans un portail web.

La présente cartographie porte sur les données de l'année 2017 avec 30 interventions retenues et réparties en 8 catégories : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), Supplémentation en micronutriments, Prise en charge de la malnutrition aiguë, Prévention et gestion des maladies, Santé maternelle, Alimentation et agriculture, Eau, Hygiène et Assainissement (WASH) et la Protection sociale. Elle est conduite par l'utilisation de la nouvelle version web de l'outil de cartographie SUN PMT développé par le Mouvement SUN à travers REACH. La version web qui utilise le logiciel DHIS2 pour collecter, stocker et visualiser des données dans un portail web.

Le processus de la cartographie a été facilité par l'assistance technique de l'équipe technique du DHIS2 santé Mali, de l'appui technique du réseau SUN du système des Nations Unies et l'assistance technique et financière du Secrétariat Général du REACH.

Il s'agissait pour cette cartographie de fournir une analyse détaillée de la situation nutritionnelle dans le pays, une cartographie géographique des interventions et des intervenants, la couverture des groupes cibles et une analyse des mécanismes de délivrance des interventions.

Elle pourra également permettre de mieux orienter les interventions dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan d'action multisectoriel 2019 – 2023.

2.1. Intérêt de la cartographie

La cartographie permet le partage des informations entre les différentes parties prenantes de la nutrition pour une coordination multisectorielle forte et efficace. Cette coordination favorise la planification des activités pour un renforcement de la nutrition.

L'exercice de la cartographie permet d'avoir une vue à la fois qualitative et quantitative de la situation nutritionnelle et peut aussi servir de guide pour la mise à échelle de certaines interventions tout en permettant le suivi continu de la mise en œuvre des actions.

Du point de vue qualitatif, la cartographie permet de faire la récapitulation de la situation nutritionnelle et des actions de nutrition en répondant à la question : **Qui fait quoi, où ?**

Sur le plan quantitatif, elle donne la situation de la couverture des groupes cibles de l'intervention à travers la réponse à la question : **Quel pourcentage (%) du groupe cible est couvert ?**

S'agissant de la mise à échelle des actions, la cartographie sert de guide pour mener des discussions avec les partenaires afin de répondre à la question : **Comment et où renforcer les actions de nutrition ?**

La cartographie permet d'assurer le suivi continu de la mise en œuvre des interventions à travers la réponse qu'elle apporte à la question : **Est-ce que les cibles sont atteintes dans le temps** (selon le chronogramme défini) ?

2.2. Pertinence de la cartographie pour l'ensemble des acteurs

La cartographie au-delà de l'intérêt qu'elle présente, est un véritable outil de coordination, de planification, de suivi et de plaidoyer en faveur de la nutrition. En ce sens, les résultats de la cartographie permettent à l'ensemble des acteurs à tous les niveaux, notamment dans le contexte de décentralisation, de jouer pleinement leur rôle.

Pour les ministères	Pour les régions et les cercles	Pour les Nations Unies et les ONG	Pour les donateurs
 <p>Mieux comprendre qui sont les partenaires et ce qu'ils font</p> <p>Identifier les lacunes dans la couverture géographique</p> <p>Identifier les lacunes dans la couverture des actions</p> <p>Aider à la planification et la mise à échelle des actions de nutrition</p>	 <p>Identifier les partenaires en nutrition opérant dans la même zone géographique</p> <p>Obtenir des informations sur le type d'actions mises en œuvre, où, et par qui</p> <p>Connaître le nombre de personnes couvertes par chaque action, et identifier les besoins de renforcement</p>	 <p>Améliorer la coordination grâce à une connaissance des acteurs travaillant dans les mêmes cercles et/ou les mêmes actions</p> <p>Identifier les cercles ayant besoin d'appui</p> <p>Identifier les actions devant être renforcées et dans quels cercles</p>	 <p>Identifier les cercles ayant davantage besoin d'un appui</p> <p>Identifier les actions devant être financées pour être renforcées</p> <p>Aider à identifier les partenaires nutrition et leurs cercles d'action</p>

Améliorer la coordination entre les partenaires, et apporter des informations pour la planification et le renforcement des actions de nutrition

3. OBJECTIFS

De manière générale, l'objectif de cet exercice était de réactualiser la cartographie des parties prenantes et des interventions clés en nutrition

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Donner un aperçu de la situation nutritionnelle du Mali ;
- Avoir une vision multisectorielle de « Qui fait Quoi, Où et Comment ? » pour améliorer la situation nutritionnelle;
- Déterminer à quelle échelle les actions sont mises en œuvre;
- Identifier des potentielles insuffisances et des besoins existants pour un renforcement des actions clés en termes de couverture géographique et de couverture des groupes cibles.

4. METHODOLOGIE

Cet exercice de cartographie a été conduit par la Cellule de Coordination de la Nutrition avec l'appui technique et financier du REACH, le soutien de l'équipe technique DHIS2 santé Mali et de l'appui du réseau SUN du système des Nations Unies.

L'approche méthodologique pour la conduite de l'exercice de cartographie s'est inscrite dans un processus en six (6) étapes comme le montre le schéma ci-après.



4.1. Phase préparatoire

Conduite de Février à Avril 2018, elle a consisté à effectuer un état des lieux de la disponibilité des données dans les secteurs clés et à tenir un atelier de validation des interventions clés à cartographier.

a- Etat des lieux de la disponibilité des données

La conduite de l'état des lieux a permis :

- d'indiquer les interventions par secteur,
- d'indiquer et définir les indicateurs et les cibles par secteur,
- d'indiquer le mode de calcul de l'indicateur et la source ;
- de réactualiser la liste des parties prenantes en nutrition et les catégoriser
- de définir la portée géographique de la cartographie (région, cercle ou commune)
- de définir les modalités de collecte des données au niveau de toutes les parties prenantes pour minimiser les non réponses.

b- Atelier de validation des interventions à cartographier

Tenu le 11 Avril 2018, L'atelier de validation des interventions à cartographier a servi de cadre pour la présentation des résultats de l'état des lieux de la disponibilité des données dans les secteurs clés et la validation consensuelle du processus de la cartographie.

Ainsi le consensus a porté sur :

- 30 interventions clés, avec la définition de leurs indicateurs, les groupes cibles et leurs mécanismes de mise en œuvre ;
- La région comme niveau géographique à cartographier ;
- La saisie des données centralisée au niveau de la cellule avec une équipe restreinte pour plus d'assurance dans la qualité des données.

Tableau 1: Liste des interventions et leurs cibles retenues pour la cartographie

Catégorie	Action cartographiée	Cible(s)	Mécanisme de mise en œuvre
ANJE	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	Femmes enceintes et allaitant	Communication de masse, Masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) agents de santé communautaire, Hôpitaux / Cliniques, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, ONG
	Promotion des pratiques adéquates d'alimentation de complément chez l'enfant	Femmes enceintes et allaitant	Consultations de routine, CIP, communication de masse, media, agent de santé communautaire, Hôpitaux / Cliniques, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, ONG
	Mobilisation sociale en faveur de la nutrition	GSAN	Agents de santé communautaire, Centre de santé communautaire, ONG
Supplémentation en micronutriments	Supplémentation en vitamine A chez l'enfant en routine	Enfants 6-59 mois	Consultations de routine, agent de santé communautaire, Centre de santé communautaire, ONG
	Supplémentation en fer acide folique chez la femme enceinte	Femmes enceintes	Consultations de routine, Hôpitaux / Cliniques, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, ONG
	Promotion de la consommation du sel iodé dans les ménages	Ménages	Communication de masse, masse media, agent de santé communautaire, ONG
Prise en charge de la malnutrition aigüe	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS)	Enfants 6-59 mois avec MAS	Centres de santé de référence, ONG
	Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée (MAM)	Enfants 6-59 mois avec MAM Femmes enceintes et allaitant avec MAM	Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
Prévention et la gestion des maladies	Traitement de la diarrhée par SRO/Zinc	Enfants 6-59 mois avec diarrhée	Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Traitement des IRA par amoxicilline	Enfants 6-59 mois avec IRA	Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Blanket feeding	Enfants 6-23 mois Femmes enceintes et allaitant	Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Surveillance des enfants sains (SPE)	Enfants 0-59 mois	Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Déparasitage	Enfants 12-59 mois	Hôpitaux / Cliniques, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide	Ménages Femmes enceintes	Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte	Femmes enceintes	Hôpitaux / Cliniques, Consultation de routine, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
Santé maternelle	Consultation prénatale	Femmes enceintes	Consultation de routine, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
	Planification familiale	femmes en âge de procréer 15 - 49 ans	Communication de masse, Masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) Consultation de routine, Centres de santé de référence, Centre de santé communautaire, agent de santé communautaire, ONG
Agric ultur e et alime	Promotion du maraîchage	Villages	Agents de vulgarisation agricoles, Groupes de femmes, Organisation à base communautaire

Catégorie	Action cartographiée	Cible(s)	Mécanisme de mise en œuvre
	Promotion du petit élevage	Ménages	Agents de vulgarisation agricoles, Groupes de femmes, Organisation à base communautaire
	Promotion de la pisciculture	Villages	Agents de vulgarisation agricoles, Organisation à base communautaire
	Promotion des cultures vivrières	Ménages	Agents de vulgarisation agricoles, Organisation à base communautaire
Eau, Assainissement et Hygiène (WASH)	Promotion de l'Approche assainissement total pilotée par les communautés (ATPC)	Villages	Communication de masse, Masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) Organisation à base communautaire
	Promotion du lavage des mains au savon	Ménages Etablissements scolaires Femmes de 15 - 49 ans	Communication de masse, masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) ONG
	Promotion de l'utilisation de latrines améliorées	Ménages	Communication de masse, masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) ONG
	Promotion de l'utilisation d'infrastructure d'accès à l'eau potable	Ménages	Communication de masse, masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) ONG
	Traitement de l'eau à domicile	Ménages	Communication de masse, masse media, Communication Inter- Personnelle (CIP) ONG
Protection sociale	Assistance alimentaire	Personnes vulnérables	Organisation à base communautaire, Transfert monétaire
	Transferts monétaires conditionnels	Femmes enceintes	Transfert monétaire
	Transferts monétaires non conditionnels	Personnes vulnérables	Transfert monétaire
	Cantine scolaire	Elèves du primaire	Etablissements scolaires

4.2. Customisation

- **Session de paramétrage de l'outil**

Le paramétrage s'est déroulé du 16 Avril au 6 Mai 2018. Il a été effectué par l'équipe de la Cellule avec l'appui de l'équipe technique DHIS2 de la CPS Santé et l'assistance à distance de REACH. Il a permis de :

- Créer l'arborescence des unités d'organisation (niveau géographique : régions et cercles) ;
- Créer les éléments de données des supports de collecte des différents secteurs ;
- Créer les interfaces de saisie pour les supports de collecte de données.
- Créer les règles de validation pour les formulaires de collecte de données des différents secteurs ;
- Créer les indicateurs ;
- Importer des cartes

- **Atelier de renforcement de capacité des utilisateurs**

La mission REACH du 7 au 11 Mai 2018 avec l'appui du consultant DHIS2 de l'HISP West and Central Africa a permis la vérification et la finalisation de la personnalisation de l'outil ainsi que la formation de l'équipe de la Cellule et des points focaux sectoriels. La formation a porté sur la saisie des données, la création de tableaux croisés et graphiques, les cartes SIG et le tableau de bord.

4.3. Collecte de données

La collecte de données s'est basée sur plusieurs modalités : l'envoi du questionnaire aux parties prenantes par courrier électronique ; le suivi de la collecte de données ; l'assistance technique pour le renseignement du questionnaire, exploitation des bases de données de la santé (DHIS2) et les résultats des grandes enquêtes et la saisie des données collectées.

- **Envoi du questionnaire aux parties prenantes par courrier électronique**

Sur la base de la liste actualisée des intervenants en nutrition au Mali, un courrier électronique a été envoyé à toutes les parties prenantes. Ce courrier comportait en plus du questionnaire adapté aux 30 interventions et de son guide d'utilisation, une lettre du Chef de la Cellule de Coordination de la Nutrition invitant des intervenants à participer activement à l'exercice en répondant au questionnaire.

- **Suivi de la collecte de données**

Pour assurer un suivi de la collecte, l'équipe en charge de l'activité a mis en œuvre deux approches :

- **Appel téléphonique**

Cette approche a permis dans un premier temps de confirmer la réception du questionnaire par les organisations et dans un second temps de vérifier l'exactitude de certaines informations transmises.

- **Visite sur le terrain**

Cette approche a consisté à rendre visite aux organisations et aux structures sur place pour discuter de la conduite de la cartographie et solliciter leur participation à l'exercice. Cela a permis de sensibiliser les intervenants sur l'intérêt de la cartographie de façon générale et plus particulièrement l'intérêt pour l'organisation ou la structure qui pourrait ainsi donner plus de visibilité à ses activités et sa contribution dans le domaine de la nutrition.

Pour la réussite de la collecte, les intervenants ont été relancés à plusieurs reprises pour une participation effective.

- **Assistance technique pour le renseignement du questionnaire**

Pour les organisations qui avaient besoin d'un appui pour le renseignement de questionnaire, l'équipe de collecte a apporté une assistance par l'explication sur l'utilisation du questionnaire et un appui direct en renseignant dans le questionnaire les données des organisations concernées avec leur implication.

- **Exploitation des bases de données de la santé (DHIS2) et les résultats des grandes enquêtes**

Les données du secteur de la santé ont été extraites du DHIS2 avec l'appui de l'équipe technique DHIS2. Les données sur les établissements scolaires ont été extraites de la base des données du CPS Education.

Pour les données de population devant servir de dénominateurs dans le calcul des indicateurs et des données des indicateurs de situation, elles ont été extraites dans les grandes enquêtes nutritionnelles notamment la SMART, ENSAN, MICS...

Le rapport de la projection de la population de l'INSTAT a été également utilisé.

Les matrices 4W et 5W des différents Clusters ont été exploitées.

➤ Saisie des données collectées

Les données collectées ont été directement saisies dans la version web de l'outil SUN-PMT développé sur le logiciel DHIS2.

Tableau 2: La collecte de données en quelques chiffres

Echantillons	Valeurs	%
Intervenants ayant reçu un courrier d'invitation à partager leurs données	64	100
Intervenants ayant renseigné un questionnaire	48	75
Intervenants rencontrés pour appui à la collecte	22	34
Intervenants dont le questionnaire a été exploité	47	98
Intervenants dont le questionnaire n'a pas été exploité	1	2
Taux de retour des intervenants = 75 % <i>Certaines actions sont mieux documentées que d'autres</i>		
Nombre total d'actions à renseigner	30	100
Actions pour lesquelles des données ont été collectées	30	100
Actions pour lesquelles aucune donnée pertinente n'a été collectée	0	0
Actions renseignés = 0		

4.4. Analyse et interprétation des données

Les questionnaires renseignés (remplis) ont été centralisés à la Cellule de Coordination de la Nutrition. Les données ont fait l'objet de vérification conduite par l'équipe de la collecte qui, ensuite, a procédé à leur saisies dans l'outil de la cartographie SUN PMT.

Les données saisies ont été traitées selon le plan d'analyse en faisant ressortir les couvertures des interventions sous forme de graphique, tableau et carte.

Les résultats d'analyse sont présentés sur le tableau de bord de l'outil.

4.5. Restitution préliminaire

Les résultats préliminaires de la cartographie ont été présentés aux représentants du système des Nations Unies (Unicef, FAO, PAM, OMS, ONU-femme, UNFPA) le 26 Juin 2018 lors de la réunion des représentants du réseau SUN-UN dans la salle de réunion à l'UNICEF avec la présence de tous les représentants résidents qui ont posé des questions d'éclaircissement répondues à satisfaction.

Ensuite un atelier de validation des résultats a eu lieu le 27 juin 2018 placé sous l'égide du conseiller Technique en charge des questions de santé publique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. L'atelier a connu la participation des représentants des structures techniques du gouvernement, des ONG, des PTF et de la société civile.

L'atelier a permis de prendre en compte les contributions, d'intégrer les feedbacks et d'apporter les corrections nécessaires.

4.6. Limites et difficultés de la cartographie

A l'instar des autres études, la cartographie présente quelques limites :

➤ Couvertures non exhaustives

Les couvertures sont estimées à partir d'informations obtenues de la part des intervenants clés ayant participé à l'exercice et des projections de l'INSTAT. Ces données étant secondaires, la participation à cet exercice étant volontaire, les couvertures ne doivent pas être considérées comme exhaustives.

➤ Liste restreinte d'interventions cartographiées

La cartographie vise à collecter des informations uniquement au sujet d'une liste restreinte d'actions clés. Les intervenants effectuent d'autres activités pouvant contribuer à l'amélioration de la situation nutritionnelle, mais cet exercice ne cartographie que les actions clés de nutrition sélectionnées lors d'un atelier participatif, multi-acteurs et multisectoriel. Les participants ont effectué la sélection en fonction du plan national de nutrition, des considérations techniques pour permettre une collecte de données, d'exemples, et des expertises de secteurs pertinents.

➤ Difficultés

Certaines difficultés ont été rencontrées lors de la collecte et l'analyse des données au Mali:

- Les conflits d'agenda et d'intérêt ;
- Le temps de réponses / réactions des organisations souvent plus long que prévu et les questionnaires incomplets;
- L'indisponibilité des données désagrégées par intervention, groupes cibles ou par cercles ;
- Les tranches d'âge de certains groupes cibles ne sont pas systématiquement calculées ou collectées par les différents acteurs ;
- La multiplicité des rôles de certains partenaires ;
- Les données des enquêtes nationales ne sont pas toujours désagrégées par cercle;
- La disponibilité et la complétude des données de santé dans le DH

5. RESULTATS

5.1. Analyse nutritionnelle

La situation nutritionnelle reste préoccupante au regard du niveau des indicateurs comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Tous les indicateurs, qu'ils soient liés aux causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales sont jugés en fonction de leur sévérité comme étant des situations qui requièrent des actions et dans certains cas des actions urgentes.

Le seul indicateur dont le niveau est satisfaisant est celui relatif à l'accès à une source d'eau potable. L'accès à l'eau potable est un prérequis dans la prévention des maladies hydriques et l'amélioration des conditions d'assainissement et favorable à une bonne nutrition.

Tableau 3: Tableau de bord de la situation nutritionnelle

- Pas un problème grave
- Problème qui requiert une action
- Problème sérieux qui nécessite une action urgente
- Seuil non-disponible
- n.d. Données non-disponibles

		Indicateurs	Statut	Source	Année	Sévérité	Tendance
Impact Nutritionnel	Malnutrition chronique	Malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 59 mois	23.1%	SMART	2017	●	↘
	Malnutrition aigue	Malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois	10.7	SMART	2017	●	↗
		Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois	2.6%	SMART	2017	●	↘
	Carence en vitamine A	Carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans	n.d				
	Carence en fer	Anémie chez les enfants de 6-59 mois	81.7%	EDS	2013	●	↗
		Anémie chez les femmes de 15-49 ans	51.4%	MICS	2015	●	
Carence en iode	Niveau médian d'iode urinaire parmi les enfants d'âge scolaire	n.d					
Causes Sous-jacentes	Sécurité alimentaire	Ménages ayant une consommation alimentaire pauvre	17.2%	ENSAN	Oct.2017	●	↘
		Ménages ayant une consommation alimentaire limite	41.6%	ENSAN	Oct.2017	●	↘
	Santé et assainissement	Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 0000 par jour)	0.28	SMART	2017	●	↗
		Enfants de faible poids à la naissance (<2.5kg)	21.2%	MICS	2015	●	
		Ménages ayant accès à une source d'eau améliorée	69.2%	MICS	2015	●	↗
		Membres des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	33.3%	MICS	2015	●	↘
	Soins	Allaitement dans la première heure suivant la naissance	53.2%	MICS	2015	●	↗
		Allaitement exclusif chez les enfants de moins de 6 mois	32.6%	MICS	2015	●	↗
		Enfants de 6-23 mois nourris selon les 3 pratiques optimales d'ANJE	41.8%	MICS	2015	●	↗
		Enfants de <5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédente	79.3%	MICS	2015	●	↗
Causes Fondamentales	Education	Taux d'alphabétisation des jeunes femmes de 15-24 ans	34.9%	MICS	2015	●	↗
	Pauvreté	Population vivant sous le seuil national de pauvreté	47.2%	EMOP	2015	●	↘

5.2. Parties prenantes : qui fait quoi pour la Nutrition?

Les parties prenantes sont réparties en quatre (4) catégories: exécutants, catalyseurs, bailleurs et ministères responsables. La définition des catégories est indiquée dans la figure 1.

Il est à noter que le même intervenant peut être à la fois exécutant et catalyseur ou exécutant et bailleur ou peut mener plusieurs actions sur le terrain.

Figure 1: Définition des concepts

Rôles des parties prenantes		Autres termes	
Ministère responsable	Ministère, département ou institution du gouvernement participant au suivi et à l'évaluation de l'action	Action	Une des Actions Clé ayant été sélectionnée pour la cartographie. Peut être une activité, une intervention, ou un paquet d'activités.
Exécutant	Fournisseur direct de l'action (biens ou services) aux bénéficiaires	Mécanisme de mise en œuvre	Une liste de mécanismes spécifiques au pays qui définit <u>comment</u> une action a été mise en œuvre
Catalyseur	Impliqué dans la coordination, le soutien technique, le suivi et l'évaluation, et le renforcement des capacités	Couverture géographique	Pourcentage de cercles géographiques dans lesquels une action a été exécutée (au moins un intervenant a atteint un bénéficiaire)
Bailleur	Fournit un financement pour le déroulement de l'activité	Couverture des bénéficiaires	Pourcentage du groupe cible qui a bénéficié une action, comparé à la taille totale de ce groupe cible

- Un intervenant peut assumer plusieurs rôles pour une seule action (par ex. le ministère responsable peut également être l'exécutant sur le terrain en référence aux salariés publics)
- Certains rôles peuvent ne pas être remplis pour chaque action
- Le rôle de bailleur comprend les donateurs et les partenaires techniques ayant financé des organisations de mise en œuvre

- Les 'Mécanismes de mise en œuvre' peuvent être des stratégies (p. ex. campagnes ou routine), des personnes (p. ex. agents vulgarisateurs, leaders religieux), des approches (p. ex. mené par la communauté, centres de santé), etc. L'élaboration du menu des choix dépend de ce que le pays souhaite analyser.

Ainsi, le tableau ci-dessous indique : qui fait quoi pour la nutrition.

Tableau 4: Qui fait quoi pour la nutrition

Catégorie	Actions clés de nutrition	Exécutants	Catalyseur	Bailleur	Ministère responsable
ANJE	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	ACF, AKF, APROMORS, AVSF, GAAS Mali, GRAT, IRC, SCI, WHH, YAGTU	APROMORS, CARE, FAO, GAAS Mali, WHH	ECHO, PAM, UE, USAID, CANADA	MA, MEP, MSHP
	Promotion des pratiques adéquates d'alimentation de complément chez l'enfant	ACF, AKF, APROMORS, AVSF, CRS, CSPEEDA, GAAS Mali, GRAT, IRC, MA, SCI, WHH, YAGTU	CARE, FAO, ICRAF, WHH	ECHO, ESPAGNE, PAM, UE, USAID	MA, MEP, MSHP
	Mobilisation sociale en faveur de la nutrition	ACF, AMPC/ALIMA, AVSF, CRS, GAAS Mali, IRC, SCI	ADESAH, ICRAF	ECHO, UE, USAID	MA, MSHP
Supplémentation en micronutriments	Supplémentation en vitamine A chez l'enfant en routine	MSHP	AVSF, UNICEF	USAID	MSHP
	Supplémentation en fer acide folique chez la femme enceinte	MSHP	ADESAH, AMPC/ALIMA, AVSF	UE	MSHP
	Promotion de la consommation du sel iodé dans les ménages	APROMORS, FAO, GAAS Mali, GRAT, MA	FAO	ESPAGNE, FAO, FINLANDE, UE	MA, MEP
PEC malnutrition aigüe	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS)	MSHP	AKF, AMPC/ALIMA, AVSF, AVSF/ADESAH, CARE, IRC, SCI, UNICEF, YAGTU	ECHO, UE, UNICEF, USAID, CANADA	MSHP
	Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée	MSHP	AKF, AVSF, CARE, PAM, YAGTU	USAID	MSHP
Prévention et la gestion des maladies	Traitement de la diarrhée par SRO/Zinc	MSHP	ADESAH, AVSF	UE, USAID	MSHP
	Traitement des IRA par amoxicilline	MSHP	AMPC/ALIMA, AVSF	ECHO, UE, USAID	MSHP
	Blanket feeding	AAG, ACF, ACTED, AMPC/ALIMA, AVSF, CSPEEDA, IEDA, IMC, PLAN MALI, SCI, WHH, WORLD VISION, YAGTU	CARE, PAM	ECHO, PAM, UE, USAID	MSHP
	Surveillance des enfants sains (SPE)	MSHP, IRC, MSHP, YAGTU	AVSF, CARE, YAGTU	UE, USAID	MSHP
	Déparasitage	MSHP	AVSF, UNICEF	USAID, WORLD VISION	MSHP
	Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide	MSHP	ADESAH, AVSF	UE, USAID	MSHP
	Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte	MSHP	ADESAH, AMPC/ALIMA, AVSF	ECHO, UE, USAID	MSHP
Santé maternelle	Consultation prénatale	ACF, AMPC/ALIMA, HELP, MSHP	ACF, AMPC/ALIMA, AVSF, AVSF/ADESAH, UNICEF	BMZ/Allemagne, ECHO, USAID, CANADA	MSHP
	Planification familiale	ACF, APROMORS, FAO, GRAT, KJK, MSHP	AKF, FAO	ECHO, ESPAGNE, UE, USAID	MA, MEP, MSHP
Agriculture et alimentation	Promotion du maraîchage	AKF, AMPROS, APROMORS, CAID, CSPEEDA, FAO, GAAS Mali, GRAT, MA, PAM, PRIA, SCI, SNV, SOS SAHEL, WHH, WORLD VISION, YAGTU	CARE, FAO, MA, PAM, WHH	BMZ/Allemagne, BID, ESPAGNE, GIZ, UE, USAID	MA, MEP, MSAH, MSHP
	Promotion du petit élevage	AMPROS, AVSF, CSPEEDA, GAAS Mali, GRAT, PRIA, WHH	AVSF, FAO, MA, WHH	BMZ/Allemagne, BID, UE	MA, MEP, MSAH, MSHP
	Promotion de la pisciculture	CSPEEDA, PRIA, WHH	MA, WHH	BID, GIZ	MA
	Promotion des cultures vivrières	AVSF, CRS, FAO, GAAS Mali, GRAT, SNV, YAGTU	AVSF, CARE, CRS, FAO	UE, USAID	MA
Eau, Assainissement et Hygiène (WASH)	Promotion de l'Approche assainissement total pilotée par les communautés (ATPC)	IRC, WHH, YAGTU, CSPEEDA, HELP, SCI	CARE, WHH, MEADD	BMZ/Allemagne, BID- UEM Ouest Africaine, USAID, GIZ	MEADD, MSHP
	Promotion du lavage des mains au savon	CSPEEDA, FAO, HELP, IRC, SI, TdH, WHH, ACF, AKF, AVSF, KJK, SCI, YAGTU, CRS, MA, TASSAGHT	CARE, WHH, AVSF, CRS, FAO	Allemagne, BID- UEMOA, Suisse, GIZ, USAID, ASDI, UE, Navarra-	MEADD, MSHP, MA, MEP, MSAH

Catégorie	Actions clés de nutrition	Exécutants	Catalyseur	Baillieur	Ministère responsable
				Pamplona-Castilla la Mancha,	
	Promotion de l'utilisation de latrines améliorées	ACF, AKF, CSPEEDA, HELP, IRC, SCI, SI, SNV, TdH, YAGTU	CARE	ASDI, BMZ/Allemagne, BID UEMOA, Suisse, ECHO, USAID	MEADD, MSHP
	Promotion de l'utilisation d'infrastructure d'accès à l'eau potable	ACF, AVSF, CSPEEDA, HELP, IRC, SCI, SI, SNV, WHH, YAGTU	CARE, WHH	BMZ/Allemagne, BID- UEMOA, ECHO, GIZ, UE, USAID	MEE, MSHP
	Traitement de l'eau à domicile	CRS, CSPEEDA, HELP, IRC, KJK, NRC, SCI, SI, SNV, TdH, WHH, YAGTU	CARE, CRS, UNICEF, WHH	BMZ/Allemagne, BID UEMOA, Suisse, ECHO, GIZ, USAID	MEE, MSAH, MSHP
Protection sociale	Assistance alimentaire	ACF, ASDAP, CARE, CSPEEDA, IEDA, NRC, OXFAM, PAM, TASSAGHT, WORLD VISION, YAGTU	CRS, PAM	USAID	MSAH, MSHP
	Transferts monétaires conditionnels	ACF, CSA			MSAH
	Transferts monétaires non conditionnels	ACF, ASDAP, AVSF, CARE, CARITAS, CRS, CSA, FAO, IEDA, NRC, OXFAM, PAM, TASSAGHT, WORLD VISION, YAGTU	CRS, FAO, PAM	GIZ, MONACO, UE, USAID	MA, MEP, MPFEF, MSAH, MSHP
	Cantines scolaires	AMPRODE -SAHEL, CARITAS, CSPEEDA, MEN, PAM, TASSAGHT	CNCS, CRS	PAM, USAID, CANADA	MEN

5.3. Présentation des interventions, groupes cibles et mécanismes de mise en œuvre

Le tableau 5 indique les couvertures géographiques, les couvertures des groupes cibles ainsi que les mécanismes de mise en œuvre par intervention.

Il en ressort que les couvertures géographiques sont relativement bonnes sur l'ensemble des régions pour la plupart des interventions : ANJE ; la supplémentation en micronutriment, la prévention et la gestion des maladies ; la santé maternelle et les actions de WASH. . Par contre cette couverture géographique mérite d'être renforcée pour certaines actions à savoir : GSAN (ANJE), promotion de la consommation du sel iodé dans les ménages (supplémentation en micronutriments), blanket feeding (prévention et gestion des maladies), planification familiale (santé maternelle).

Les interventions de la catégorie agriculture et alimentation comme celle de la protection sociale ont une faible couverture géographique.

Quant aux couvertures des groupes cibles par intervention au niveau national, seules la prise en charge MAS ; la supplémentation en fer acide folique chez les femmes enceintes ; l'assistance alimentaire et le transfert monétaire non conditionnel pour les personnes vulnérables en phase 3 du cadre harmonisé, sont au-delà des 75%.

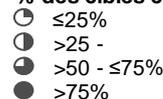
Les actions de l'agriculture ont moins de 25% de couverture des groupes cibles et les actions de la prévention et gestion des maladies ont des couvertures comprises entre 25% à 75% de leurs cibles.

Tableau 5: Couvertures géographiques, couvertures des cibles et mécanisme de mise en œuvre par intervention

% de régions couvertes



% des cibles couverts



n.d. Données non disponible

	Actions clés de nutrition	régions couvertes	Groupe(s) cible(s)	% du groupe cible couvert	Mécanisme(s) de mise en œuvre
ANJE	Promotion de l'allaitement maternel exclusif	9/11	Femmes enceintes et allaitant		Centre de santé communautaire
	Promotion des pratiques adéquates d'alimentation de complément chez l'enfant	9/11	Femmes enceintes et allaitant		Centre de santé communautaire, Centre de santé référence
	Mobilisation sociale en faveur de la nutrition	6/11	GSAN		Agents de santé communautaire, Centre de santé communautaire
Supplémentation micronutriments	Supplémentation en vitamine A chez l'enfant en routine	11/11	Enfants 6-59 mois		Centres de santé communautaire
	Supplémentation en fer acide folique chez la femme enceinte	11/11	Femmes enceintes		Centre de santé communautaire
	Promotion de la consommation du sel iodé dans les ménages	6/11	Ménages		N/A
PEC malnutrition aigüe	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS)	11/11	Enfants 6-59 mois avec MAS		Centres de santé de référence, Agents de santé communautaire, Centre de santé communautaire
	Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée (MAM)	9/11	Enfants 6-59 mois avec MAM Femmes enceintes et allaitant avec MAM		Centre de santé communautaire
Prévention et la gestion des maladies	Traitement de la diarrhée par SRO/Zinc	11/11	Enfants 6-59 mois avec diarrhée		N/A
	Traitement des IRA par amoxicilline	11/11	Enfants 6-59 mois avec IRA		N/A
	Blanket feeding	6/11	Enfants 6-23 mois FEA		Centre de santé communautaire
	Surveillance des enfants sains (SPE)	9/11	Enfants 0-59 mois		Centre de santé communautaire
	Déparasitage	11/11	Enfants 12-59 mois		Campagne de masse
	Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide	11/11	Femmes enceintes		Campagne de masse
	TPIP chez la femme enceinte	11/11	Femmes enceintes		Centre de santé communautaire, Consultations de routine
Santé maternelle	Consultation prénatale	11/11	Femmes enceintes		Centre de santé communautaire, Consultations de routine
	Planification familiale	8/11	femmes en âge de procréer 15 - 49 ans		Centre de santé communautaire
Agriculture et alimentation	Promotion du maraîchage	9/11	Villages		Agents de vulgarisation agricoles, Organisation à base communautaire
	Promotion du petit élevage	8/11	Ménages		Agents de vulgarisation agricoles

	Actions clés de nutrition	régions couvertes	Groupe(s) cible(s)	% du groupe cible couvert	Mécanisme(s) de mise en œuvre
	Promotion de la pisciculture	5/11	Villages		Agents de vulgarisation agricoles
	Promotion des cultures vivrières	5/11	Ménages		Agents de vulgarisation agricoles
Eau, Assainissement et Hygiène (WASH)	Promotion de l'Approche assainissement total pilotée par les communautés (ATPC)	4/11	Villages		Organisation à base communautaire
	Promotion du lavage des mains au savon	8/11	Etablissements scolaires		Communication de masse, causerie éducative
	Promotion de l'utilisation de latrines améliorées	8/11	Ménages		Causeries éducatives, Communication de masse, Organisation à base communautaire
	Promotion de l'utilisation d'infrastructure d'accès à l'eau potable	7/11	Ménages		Causeries éducatives, Organisation à base communautaire
	Traitement de l'eau à domicile	9/11	Ménages		Communication Inter-Personnelle, Organisation à base communautaire
Protection scolaire	Assistance alimentaire	8/11	Personnes vulnérables		Organisation à base communautaire
	Transferts monétaires conditionnels	4/11	Femmes enceintes		Organisation à base communautaire, Transfert monétaire.
	Transferts monétaires non conditionnels	6/11	Personnes vulnérables		Causeries éducatives, Organisation à base communautaire, Transfert monétaire.
	Cantines scolaires	8/11	Elèves du primaire		Etablissements scolaires, Organisation à base communautaire

5.4. Couvertures des cibles par région

Pour chacune des interventions cartographiées le tableau (6) indique les couvertures des groupes cibles par région. On peut remarquer que la majorité des interventions a des couvertures en dessous de 25% des cibles.

Ainsi dans **la catégorie ANJE**, les couvertures de femmes enceintes et allaitant sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif et aux pratiques d'alimentation de complément chez l'enfant sont respectivement de 27,1% avec des extrêmes de 7% à Koulikoro et 75% à Mopti et 34,5% avec des extrêmes de 8% à Bamako et 94,4% à Mopti.

Dans la catégorie **supplémentation en micronutriments**, les actions de supplémentation en Vitamine A et en iode sont au rouge dans toutes les régions du pays où les données sont disponibles. Par contre la supplémentation en fer et en fer et acide folique chez les femmes enceintes est au vert dans toutes les régions exceptées Tombouctou (68%), Ségou (66) et Gao (57%).

Dans la catégorie **prise en charge de la malnutrition aigüe**, l'action PEC de la MAS couvre plus de 100% des cibles dans 6 régions sur 11 et moins de 75% dans 5 régions sur 11. Par contre la PEC de la MAM couvre plus de 100% des cibles dans seulement 2 régions sur 11 et toutes les autres régions présentent une couverture des cibles de moins de 25% (dans 4 régions sur 11) et entre 50 et 75% dans 5 régions sur 11.

Dans la catégorie **prévention et gestion des maladies**, l'action déparasitage se trouve en rouge dans toutes les régions avec une couverture globale de 12,3% et des extrêmes de 3,6% pour Bamako et 21, 1% pour Tombouctou. Les actions de cette catégorie qui présentent une

couverture relativement satisfaisante sont la SPE pour les régions de Ségou, Mopti, Bamako, Gao et le Blanket feeding dans les régions de Gao, Kidal et Ménaka.

Dans la catégorie **santé maternelle**, la consultation prénatale montre une très faible couverture dans toutes les régions du pays à l'exception de Tombouctou avec une couverture globale de 14,5% et des extrêmes de 9% pour Mopti et 54% pour Tombouctou.

Dans la catégorie **alimentation et agriculture**, toutes les actions sont au rouge dans toutes les régions du Mali (moins de 10% des cibles sont couverts) d'où la nécessité d'un renforcement soutenu de ce secteur clé de nutrition sensible

Dans la catégorie **WASH**, les couvertures des actions de promotion de l'accès aux sources d'eau potable et de l'utilisation de latrines améliorées sont toutes les deux au rouge signifiant des couvertures de moins de 25% des cibles. Le lavage des mains au savon couvre entre 50 et 75 % des cibles dans 3/11 des régions et moins de 25% dans 4/11 des régions. Quant aux villages appliquant l'approche d'assainissement total piloté par populations ATCP, les régions de Gao, Koulikoro et Sikasso couvrent plus de 100% des cibles.

Dans la catégorie **protection sociale**, le transfert conditionnel chez les femmes enceintes et les cantines scolaires pour les élèves du primaire présentent une couverture des cibles de moins de 25% dans toutes les régions exceptée Kidal. Par contre les actions d'assistance alimentaire et de transfert non conditionnel aux personnes vulnérables couvrent plus de 100% des cibles dans toutes les régions exceptés Ménaka et Mopti.

Tableau 6: Couverture des cibles par région

% des cibles couvertes



Actions clés de nutrition		% des cibles couvertes											
		Mali	Bamako	Gao	Kayes	Kidal	Koulikoro	Mopti	Ménaka	Segou	Sikasso	Taoudénit	Tombouctou
ANJE	Allaitement maternel exclusif	27,1	12,9	53,5	21		6,9	75		18	20,8	28,6	25,9
	Alimentation de complément chez l'enfant	34,5	8,1	27,6	18,7		38,8	94,4		29,5	15,7	27,9	31,4
	GSAN	60,2		1,3	30,6		7,7	>100			79,4		>100
Supplémentation micronutriments	Vitamine A en routine	17,4	12,1	18	9,8	5,4	21,5	21,7	10,3	19	17,9	17,5	19,7
	Fer acide folique	79,9	78,3	57	78,8	98	86,7	86,7	80,3	65,7	88,6	92,6	67,8
	Sel iodé	0,75		1,9	0,27		1,5	1,7	11,5				3,1
PEC malnutrition aigue	Prise en charge MAS	85,5	36,6	>100	>100	>100	67,6	>100	>100	57	83	43,9	>100
	Prise en charge MAM	19,1		58,6		>100	9,5	41,3	65,7	9,7	10,3	8,5	>100
Prévention et la gestion des maladies	SRO/Zinc	0,13		1,5								7	1,9
	Traitement des IRA	50		14,8								>100	>100
	Blanket feeding	>100		>100		>100		62	>100	63			>100
	SPE	65,9	76,6	78,9	27	19,2	74,2	83,6		86,3	55,9	31,8	40,7

Actions clés de nutrition		Mali											
		Bamako	Gao	Kayes	Kidal	Koulikoro	Mopti	Ménaka	Segou	Sikasso	Taoudénit	Tombouctou	
	Déparasitage	12,3	3,6	17,6	7,5	8,8	13,6	17,7	17,4	13,8	12	19,4	21,1
	MII	51,2	67	42,1	43,8	32,6	69,7	50,1	73	44,1	41,2	32,6	40,8
	TPIP	28,4	18,6	61,3	31,7	7,2	33,1	27,6	6	26,6	29,1	8	15,4
Santé maternelle	CPN	14,5	18,9	10,9	15,5	9,1	12,5	9	11,3	11,9	12,4	9	54,1
	Planification familiale	44	51,1	80,8	65,6		50,2	54,4	6,7	3,7	47,5		17,2
Agriculture et alimentation	Maraîchage	9,7		4	14,2	0,69	46,1	17,5	5,3	2,2	13,2		4
	Petit élevage	0,3		0,54	0,02		0,14	1,5	1,3	0,19		0,12	0,23
	Pisciculture	0,63		1,9				4,7		0,32	0,74		0,68
	Cultures vivrières	0,94		2,7	0,71		1,6	0,58					0,8
Eau, Assainissement et Hygiène (WASH)	ATPC	72,1		>100			>100				>100		
	Lavage des mains au savon	29,2	2,8	55,8	69,2			56,9		3,1	49,6	2,2	0,06
	Latrines améliorées	3,1		0,38	0,4		4,1	4,4		3,9	5,2	0,06	3
	Accès à l'eau potable	4,2		18,3	5,8		4,3	6,7			4,6	5,5	6,4
	Traitement de l'eau à domicile	28,3	35,5	11,7	19,7		30,4	69,7	18,4	5,9	25,6		7
Protection sociale	Assistance alimentaire	>100	>100	>100	>100	>100	89,5	71,9		>100			>100
	Transferts non conditionnels	>100		>100	6,1	>100		83,7		>100			>100
	Transferts conditionnels	0,24		4,2	0,43			0,17					0,57
	Cantines scolaires	2		7,1	0,55	72,6	1,7	6,6	24,8		0,79		14,3

5.5. Couvertures des cibles par catégorie d'action

➤ ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

Les interventions de l'ANJE sont très importantes dans la prévention de la malnutrition. Elles contribuent à une nutrition adéquate dans les premières années de la vie qui est une condition essentielle permettant aux enfants de grandir harmonieusement et au maximum de leurs potentialités.

Les groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) jouent un rôle essentiel en matière de mobilisation sociale en faveur de la nutrition notamment dans la mise en œuvre de la stratégie ANJE.

Les résultats de la cartographie (Figure 2) révèlent des couvertures cibles faibles de l'intervention de promotion de l'allaitement maternel exclusif (27,1%) et de promotion des pratiques adéquates d'alimentation de complément (34,5%).

Environ dans 60% des villages un GSAN est mis en place. Les GSAN sont mis en place dans seulement 6 régions.

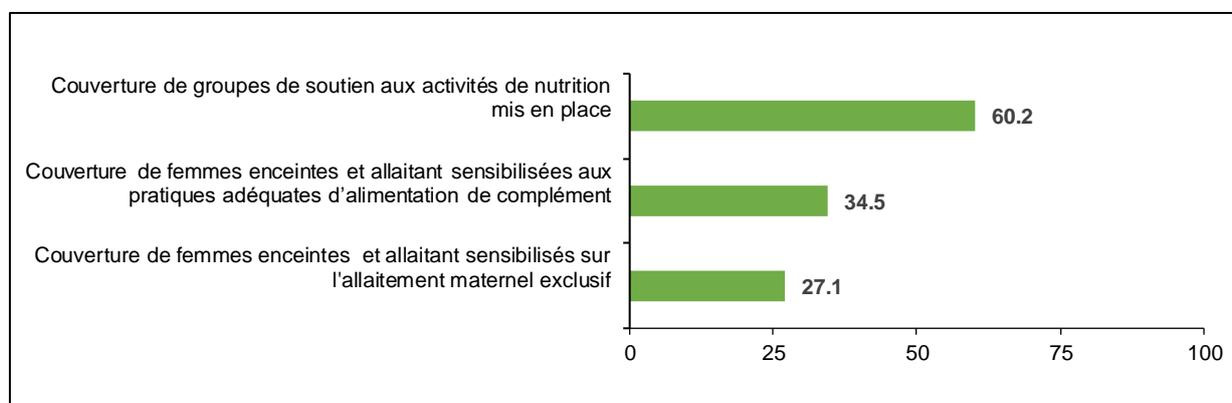


Figure 2: Couverture des actions de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en 2017

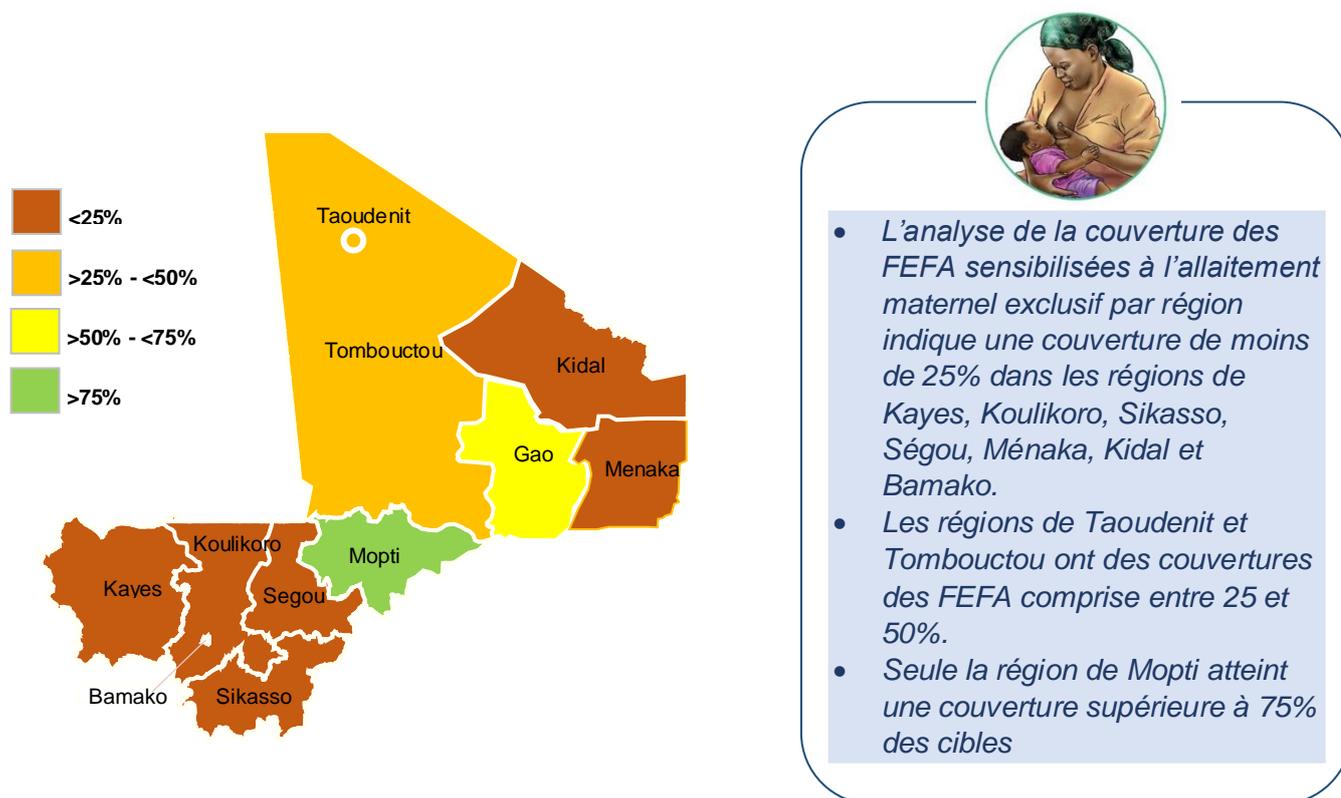


Figure 3: Couverture des FEFA sensibilisées à l'allaitement maternel exclusif par région

➤ SUPPLEMENTATION EN MICRONUTRIMENTS

Pour contrer la carence en micronutriments plusieurs interventions sont mises en œuvre dont la promotion de la consommation du sel iodé, la supplémentation en fer acide folique chez la femme enceinte et la supplémentation en vitamine A chez les enfants.

La cartographie révèle une couverture de la supplémentation en vit A en routine chez les enfants de 6- 59 mois à 17,4%, celle de la supplémentation en fer et acide folique est à peu près à 80% contre 0,75% pour les ménages sensibilisés sur la consommation du sel iodé (Figure 4).

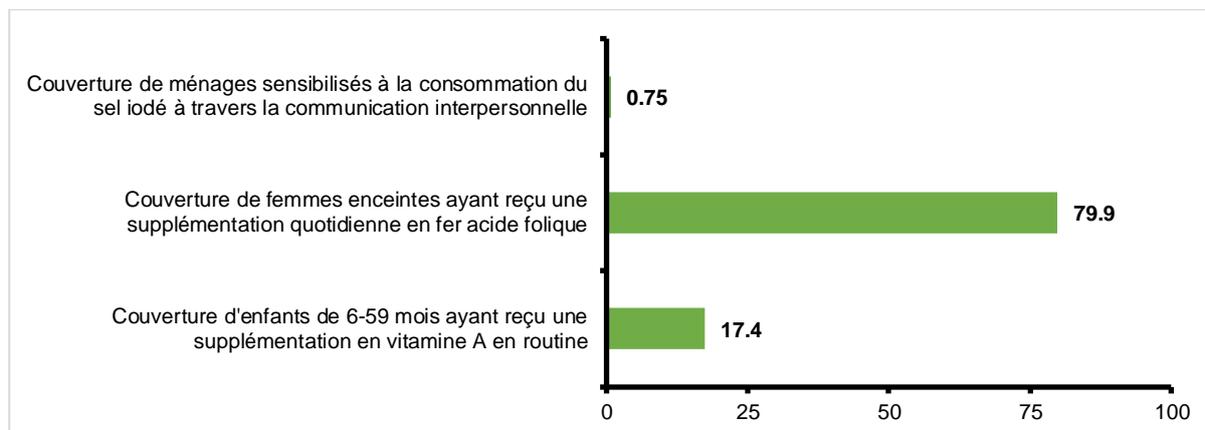


Figure 4: Couverture des actions de la supplémentation en micronutriments en 2017

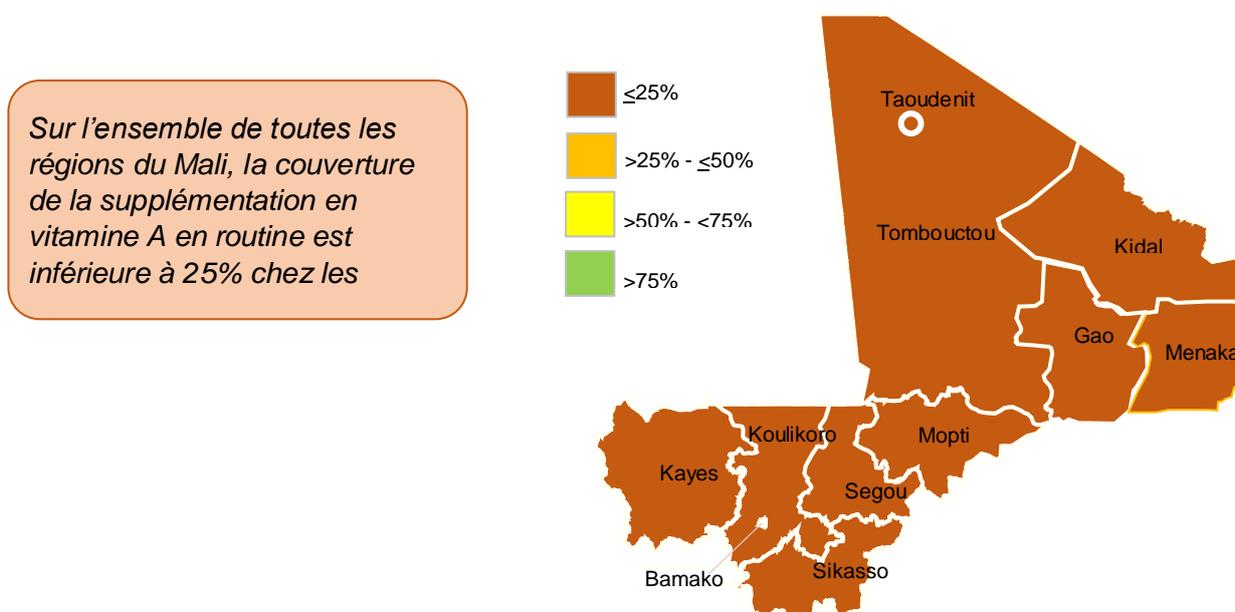


Figure 5: Couverture d'enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A en routine par région

➤ PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE

En plus des interventions pour la prévention de la malnutrition, la cartographie s'est penchée sur le niveau de la couverture de la prise en charge des enfants atteints de la malnutrition aiguë modérée et sévère.

La figure (6) montre la couverture des cibles pour toutes les actions de la catégorie prise en charge de la malnutrition aiguë avec une couverture de 85,5% pour la prise en charge (PEC) de la MAS chez les enfants de 6-59 mois, moins de 75 % pour la PEC de la MAM chez les femmes enceintes et allaitant, et moins de 20% pour la prise en charge de la MAM chez les enfants de 6-59 mois. Une attention particulière doit être accordée au renforcement de la PEC de la MAM chez les enfants de 6-59 mois afin d'éviter une évolution vers la MAS et ses complications.

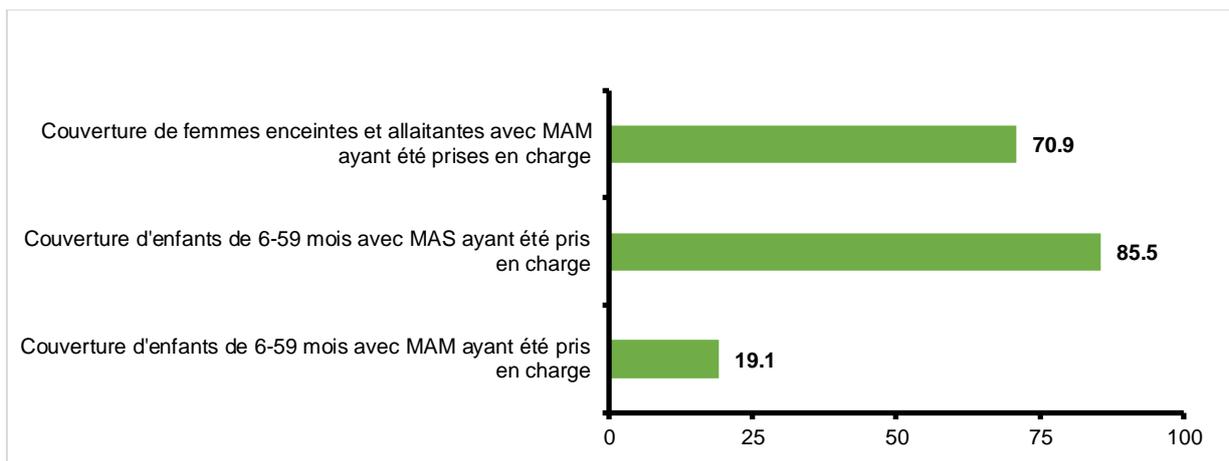


Figure 6: Couverture de la prise en charge de malnutrition aigüe 2017

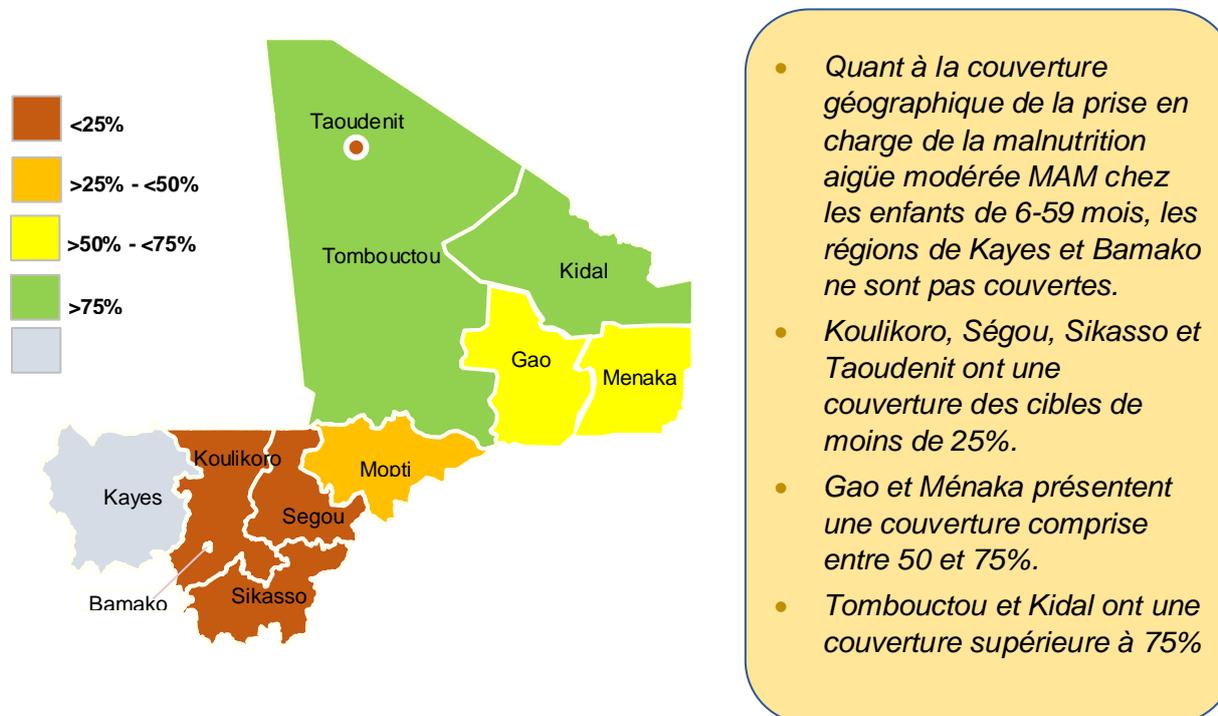


Figure 7: Couverture d'enfants de 6-59 mois avec MAM ayant été pris en charge par région

➤ PREVENTION ET GESTION DES MALADIES

Les interventions de la catégorie prévention et gestion de la maladie sont des interventions du secteur de la santé sensibles à la nutrition.

La figure (8) indique la couverture des cibles de toutes les actions de prévention et gestion des maladies. En termes de couverture des cibles, le traitement des IRA par Amoxicilline chez les enfants de 0-59 mois est de 50%.

La surveillance préventive des enfants sains ainsi que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont des couvertures respectivement de 65,9% et de 51,2%.

Les couvertures des femmes enceintes et allaitant ayant bénéficié de la distribution alimentaire pour la prévention de la malnutrition et du traitement intermittent du paludisme sont respectivement de 66 % et 28,4%.

La couverture des enfants de 12-59 mois ayant reçu les deux doses de déparasitant est de 12,3% et celle les enfants de 6-23 mois ayant bénéficié de l'assistance alimentaire pour la prévention de la malnutrition est 113% (Blanket feeding).

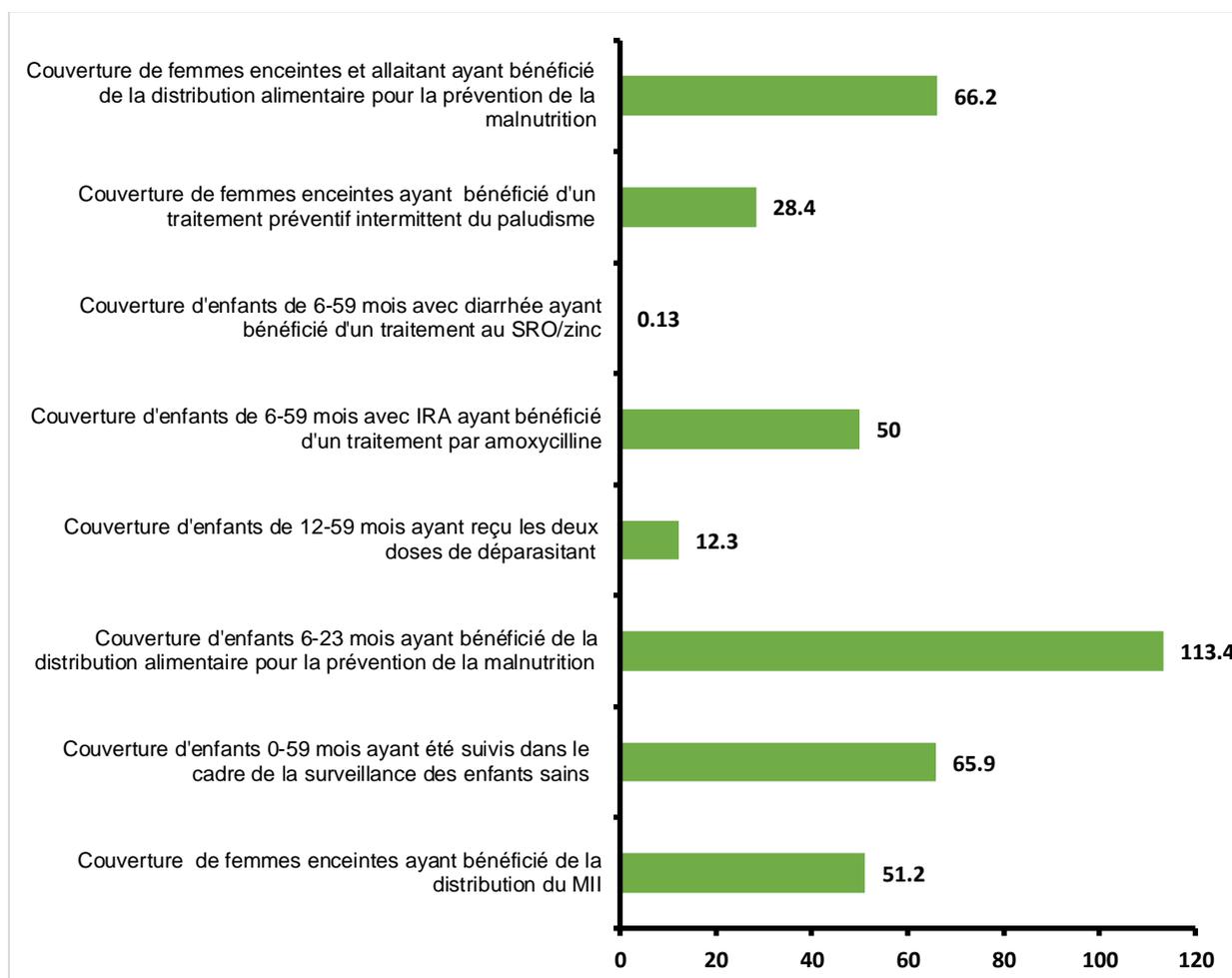


Figure 8: Couverture des actions de la Prévention et gestion des maladies en 2017

➤ SANTE MATERNELLE

Deux interventions de la santé maternelle ont été cartographiées : la consultation prénatale (CPN4) et la planification familiale. Elles ont un impact sur la survie et la santé de l'enfant.

Les couvertures des cibles de ces deux interventions sont indiquées sur la figure 9.

Il est à remarquer que la couverture de la CPN4 est très faible au niveau national avec 14,5%.

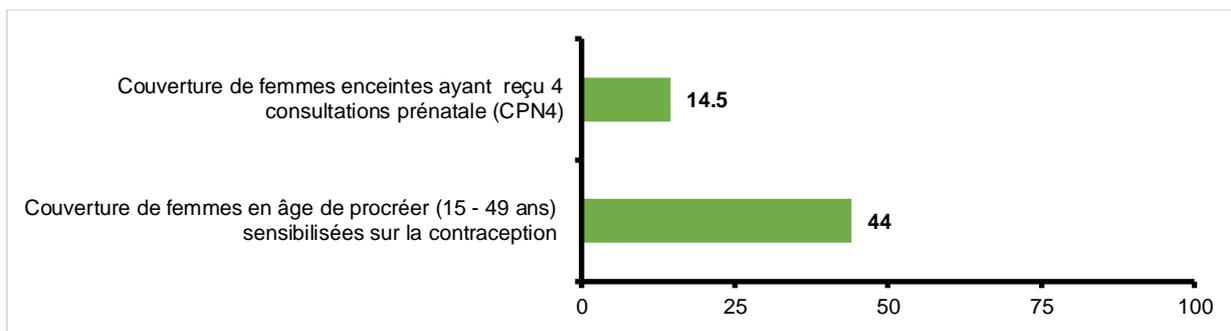


Figure 9: Couverture des actions de la santé maternelle en 2017

- La couverture en CPN4 se situe entre 50 à 75% à Taoudenit et à Tombouctou.
- Dans les autres régions, cette couverture est inférieure à 25%.

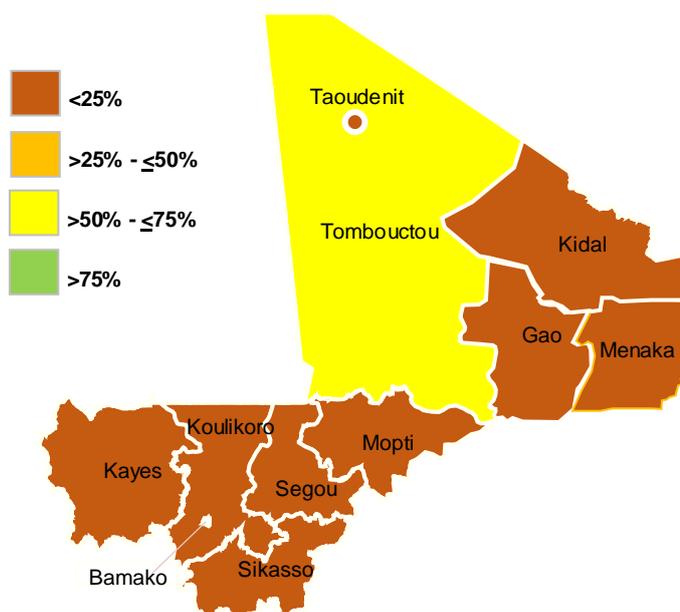


Figure 10: Couverture de femmes enceintes ayant reçu 4 consultations prénatales (CPN4) par région

➤ **AGRICULTURE ET ALIMENTATION**

Dans la catégorie agriculture et alimentation, ce sont des interventions de l'agriculture sensible à la nutrition qui ont été cartographiées. Il s'agit des interventions en lien avec le maraîchage, la pisciculture, l'élevage et les cultures vivrières.

De l'analyse des données reçues dans le cadre de cette cartographie, il en ressort une couverture des cibles de moins 10%. Ainsi, 9,7% des villages ont bénéficié de périmètres maraichers fonctionnels, et moins de 1% ont bénéficié d'un kit pour la pisciculture. Quant aux ménages ayant bénéficié des animaux pour l'élevage et les ménages ayant bénéficié d'un kit pour les cultures vivrières, les couvertures sont respectivement de 0,3% et 0,94% (Figure 11).

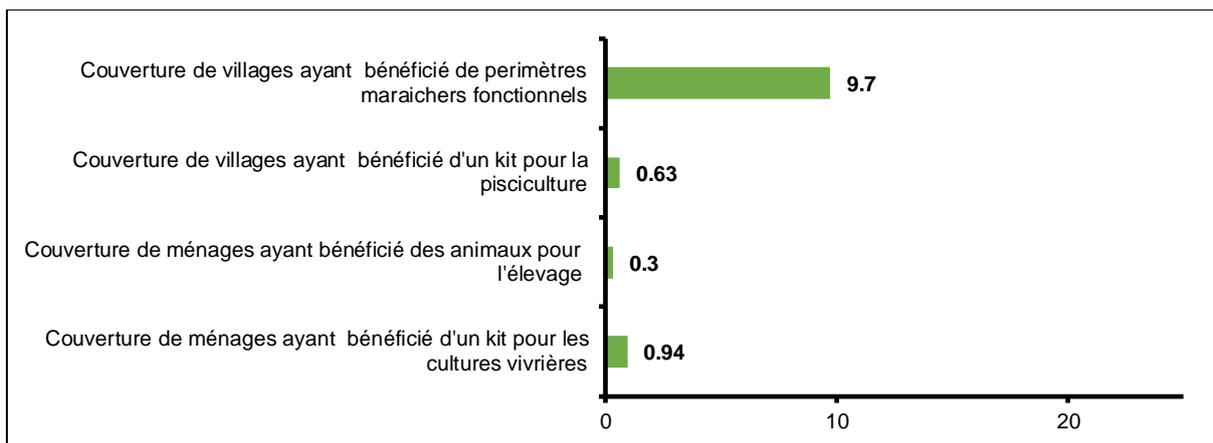


Figure 11: Couverture des actions de l'alimentation et l'Agriculture en 2017

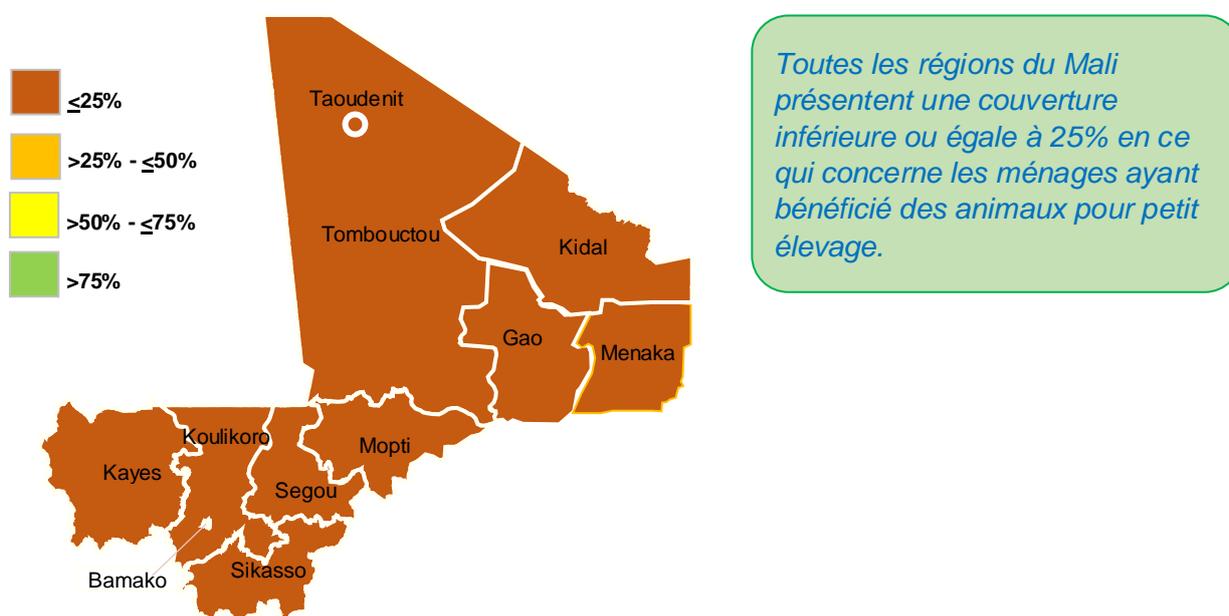


Figure 12: Couverture des ménages ayant bénéficié des animaux pour petit élevage par région

➤ **EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT (WASH)**

Pour les interventions d'eau, hygiène et assainissement, seule l'ATPC a atteint une couverture acceptable (72,1%), toutes les autres interventions ont des couvertures inférieures à 30% (Figure 13).

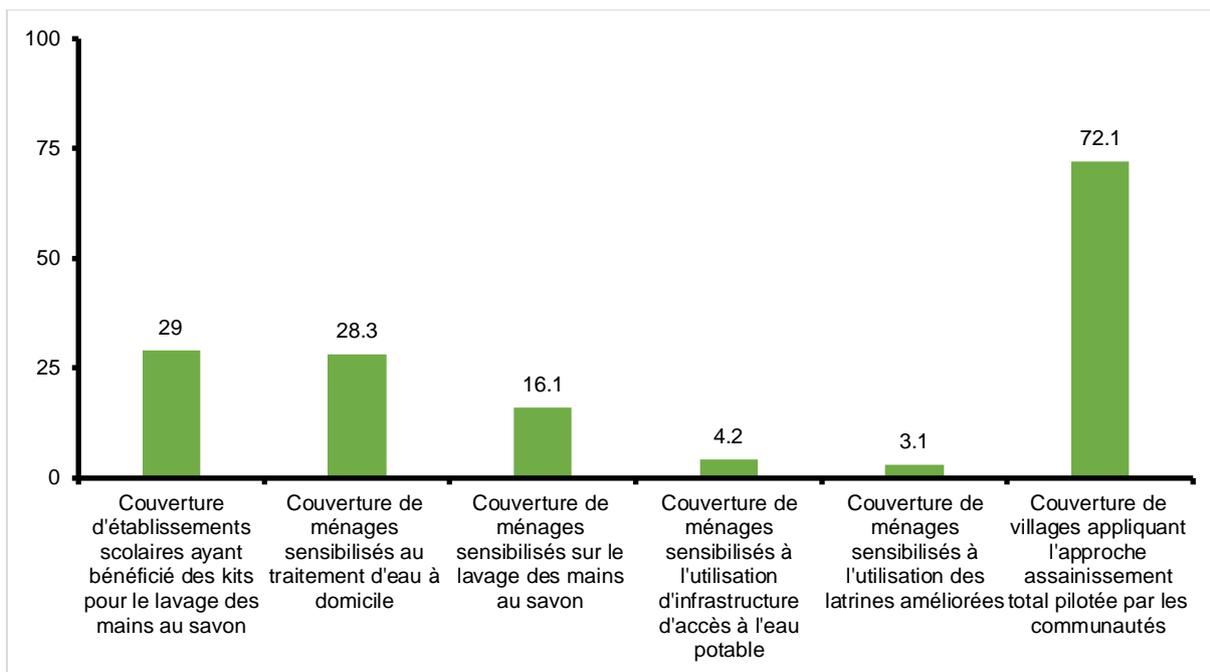


Figure 13: Couverture des actions de WASH en 2017

• PROTECTION SOCIALE

Les interventions de la protection sociale sont celles qui soutiennent la sécurité alimentaire notamment l'assistance alimentaire, les transferts monétaires conditionnels et non conditionnels et les cantines scolaires.

Les couvertures des personnes vulnérables ciblées comme étant en phase 3 du cadre harmonisé sont à plus de 100% pour les interventions de l'assistance alimentaire et du transfert monétaire non conditionnel.

Par contre, la couverture des femmes enceintes bénéficiant de transfert monétaire conditionnel et celle des élèves du primaire bénéficiant des cantines scolaires restent très faibles et sont respectivement de 0, 28% et de 2% (Figure 14).

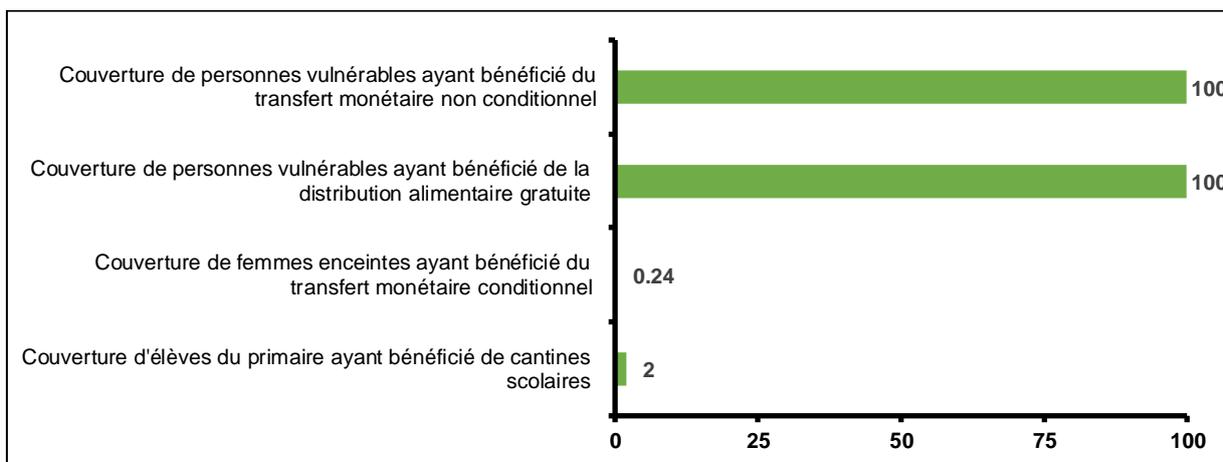


Figure 14: Couverture des actions de la protection sociale en 2017

- Les régions de Koulikoro, Ségou, Taoudenit et Bamako ne sont pas couvert par l'intervention sur les cantines scolaires.
- Seule dans la région de Kidal la couverture des élèves du primaire en cantine scolaire dépasse 75%.
- Les autres régions présentent une couverture

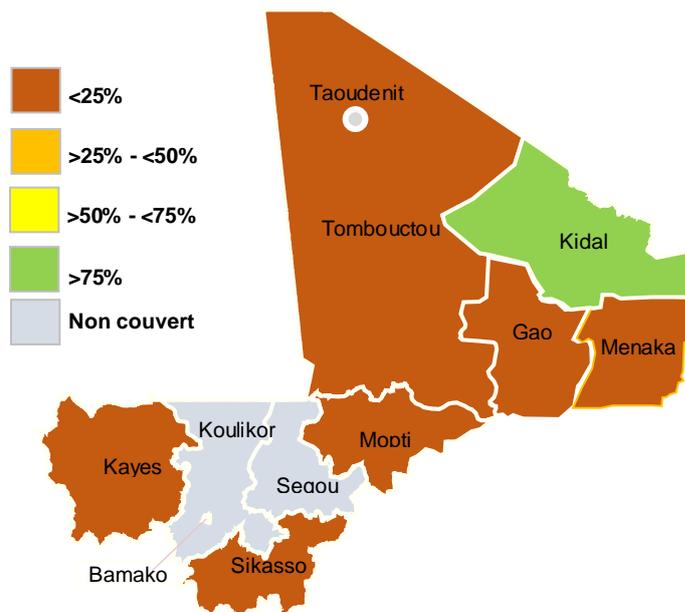
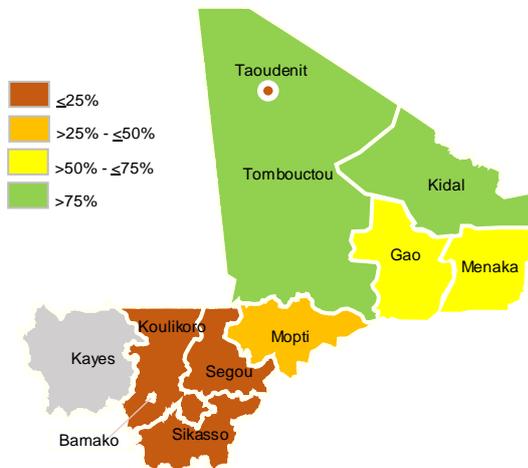


Figure 15: Couverture d'élèves du primaire ayant bénéficié de cantines scolaires

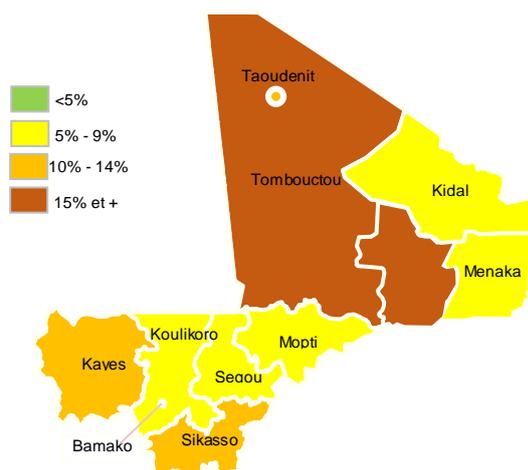
5.6. Quelques analyse croisées

- **Prise en charge de la malnutrition aigue**

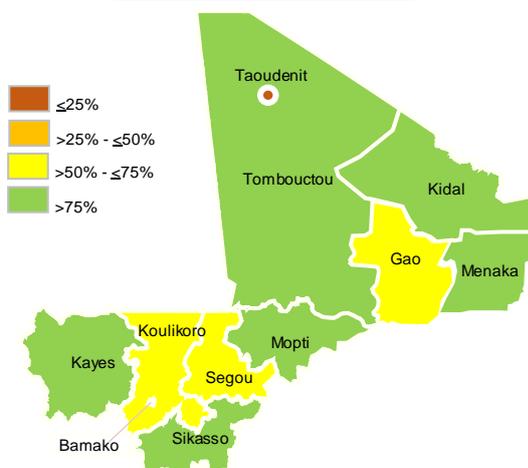
Couverture de la prise en charge de la MAM enfant 6 – 59 mois



Prévalence MAG



Couverture de la prise en charge de la MAM enfant 6 – 59 mois



Comparaison des couvertures de la prise en charge MAS et MAM avec la prévalence MAG en 2017

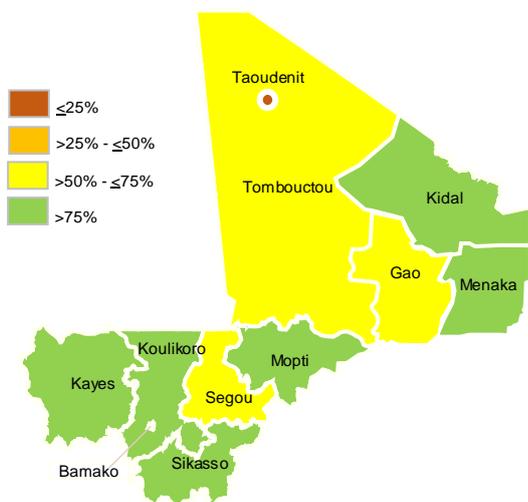
- Selon les normes de l’OMS, la situation nutritionnelle est jugée comme critique dans les régions de Tombouctou et Gao selon le SMART 2018. Elle dite sérieuse dans les régions de Kayes et Sikasso. Quant aux régions de Kidal, Ménaka, Mopti, Ségou et Koulikoro, la situation est précaire.
- Comparativement à cette situation, les régions de Bamako et Kayes ne sont pas couvertes dans le cadre de la prise en charge MAM. Pour les régions couvertes, moins de 25% des enfants de 6-59 mois avec MAM sont pris en charge à Koulikoro, Ségou et Sikasso. Cette couverture est relativement bonne dans les régions du nord pays.
- Pour la prise en charge MAS, la couverture des cibles est au-delà de 75% dans pratiquement toutes les régions, sauf à Gao, Ségou et Koulikoro où elle est comprise entre 50 et 75%.

En somme, la couverture de la prise en charge MAS est bonne contrairement à celle de la prise en charge MAN. Or les enfants avec MAM non pris en charge pourraient développer des complications et devenir les cas MAS.

Figure 16: Présentation de la prévalence de malnutrition aigüe globale et des couvertures de la prise en charge

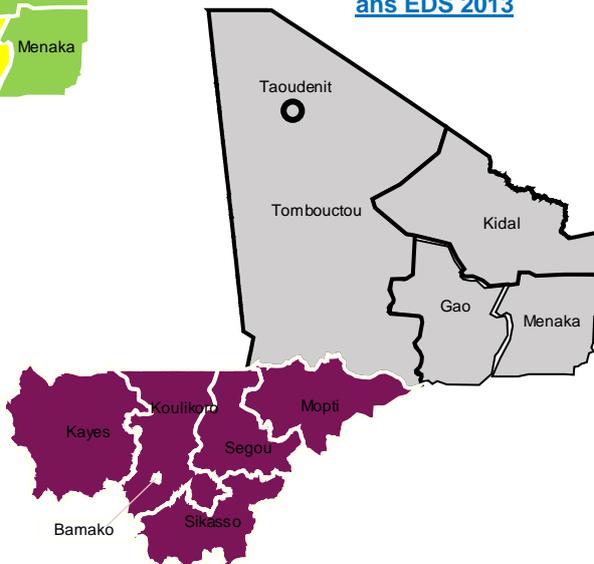
• Anémie chez les femmes

Couverture de la supplémentation de fer acide folique

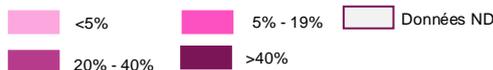


Malgré une prévalence élevée de l'anémie dans toutes les régions où l'on dispose de données, la couverture de la supplémentation en fer acide folique est bonne.

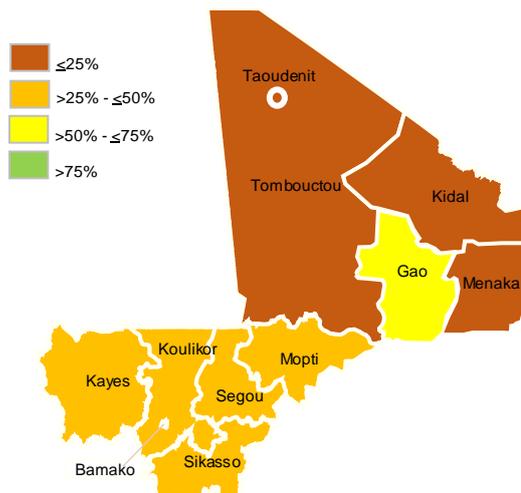
Prévalence de l'anémie chez les femmes 15 – 49 ans EDS 2013



Prévalence de l'anémie chez les femmes 15 – 49 ans EDS 2013



Couverture TPIP



On note cependant, une couverture nettement faible pour le traitement préventif intermittent du paluisme chez la femme enceinte. Elle de moins de 25% dans les région au nord du Mali sauf à Goa et une couverture comprise entre 25 et 50% dans les autres régions

Figure 17: Présentation de la prévalence de l'anémie et des couvertures de la supplémentation en fer acide folique et TPIP

• **Couverture géographique et couverture des bénéficiaires par interventions**

À l'échelle nationale, beaucoup d'interventions des secteurs WASH, Protection sociale et Agriculture ont une faible couverture de la population et la plupart ont aussi une faible couverture géographique

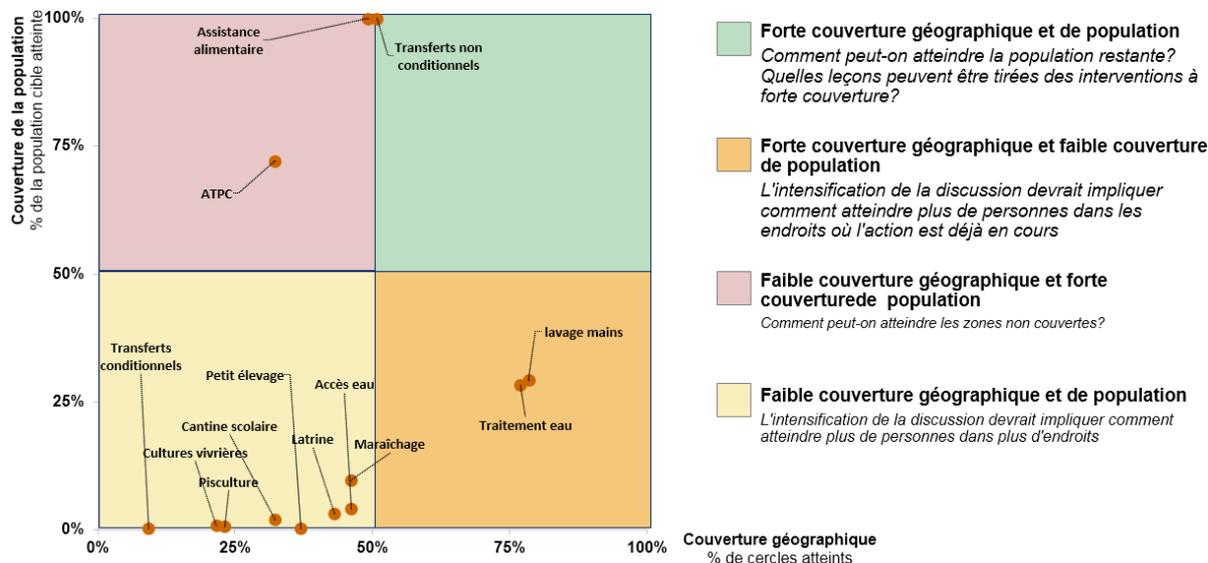


Figure 18: Croisement des couvertures des populations cibles et des couvertures géographiques pour les actions de protection sociale, agriculture et WASH

Cependant, malgré la forte couverture géographique de beaucoup d'interventions du secteur de la santé, la plupart ont une faible couverture de la population

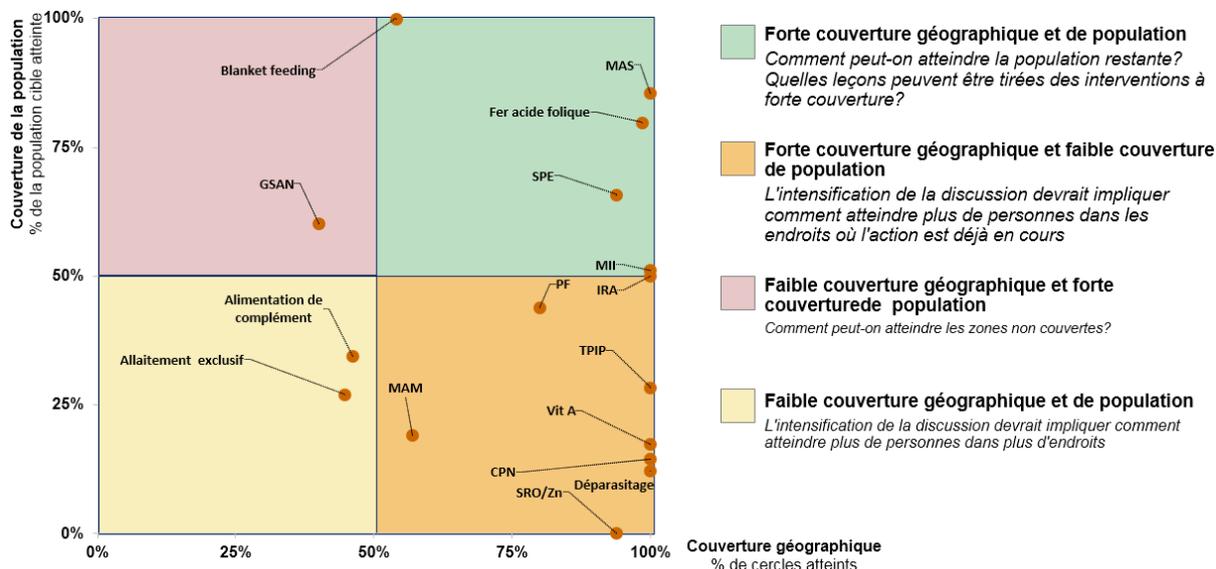


Figure 19 : Croisement des couvertures des populations cibles et des couvertures géographiques du secteur santé : ANJE, Santé maternelle, Supplémentation en micronutriments, prise en charge de la malnutrition

• **Régions ne sont pas adéquatement couvertes par les actions clés**

Quel que soit le niveau du taux de retard de croissance, parmi les actions ayant des couvertures disponibles, en moyenne, 6 couvrent plus de 50% de leurs cibles.

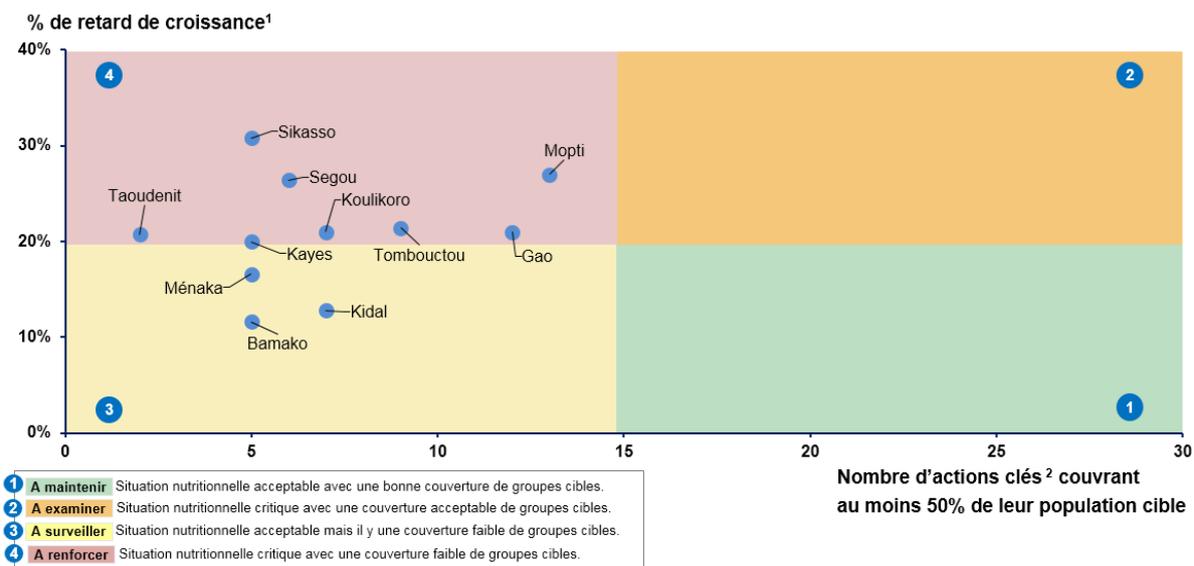


Figure 20: croisement prévalence du retard de croissance et le nombre d'actions clés couvrant au moins 50% de leur cible par région

6. CONCLUSION

A la lumière des résultats, l'exercice de la cartographie peut être résumé en ces points clés :

- Il existe une multitude de partenaires qui appuient les structures de l'État dans la mise en œuvre des interventions clés en nutrition ;
- Certains partenaires peuvent jouer plusieurs rôles simultanément pour la même intervention : partenaire de mise en œuvre et catalyseur, ou bien catalyseur et donateur ;
- Rares sont les ONG qui visent une couverture géographique nationale ;
- Il existe une hétérogénéité dans la répartition des partenaires par rapport aux différentes interventions ;
- Pour les interventions spécifiques, la couverture géographique est satisfaisante. Cependant, la couverture des groupes cibles reste faible pour certaines interventions ;
- Pour les interventions sensibles, les couvertures géographiques et les couvertures des groupes cibles sont faibles ;
- Les mécanismes de mise en œuvre sont variables et adaptables en fonction du secteur; certains sont moins utilisés que d'autres.

ANNEXE : Liste des structures et organisations citées dans le rapport

Nom de l'intervenant	Abréviation de l'intervenant
Ministère de l'Agriculture	MA
Ministère de l'Education Nationale	MEN
Ministère de l'Energie et de l'Eau	MEE
Ministère de l'Environnement, de l'Assainissement et du Développement Durable	MEADD
Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	MPFEF
Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique	MSHP
Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire	MSAH
Ministère de l'Elevage et de la Pêche	MEP
Centre National des Cantines Scolaires	CNCS
Commissariat a la Sécurité Alimentaire	CSA
Projet de Renforcement de la résilience à l'insécurité alimentaire	PRIA
Fonds des Nations Unis pour l'Enfance	UNICEF
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture	FAO
Organisation Mondiale de la Santé	OMS
Programme Alimentaire Mondial	PAM
Branche Humanitaire de l'Union Européenne	ECHO
Commission Européenne - Délégation au Mali	UE
Coopération Canadienne	ACDI
Coopération Allemande	GIZ
Agence des Etats Unis pour le Développement Internationale	USAID
Agence Française de Développement	AFD
Action Contre la Faim Espagne	ACF-E
Agence d'Aide à la Coopération Technique et au Développement	ACTED
Agronomes et Vétérinaires Sans Frontières	AVSF
AMCP/Alliance for International Medical Action	AMPC/ALIMA
CARE	CARE
Catholique Relief Service	CRS
Centre Sahélien de Prestation d'Etude d'Eco-développement et de Démocratie Appliquée	CSPEEDA
Fondation Aga Kan	AKF
Helen Keller International	HKI
International Emergency and Development Aids	IEDA
International Medical Corps	IMC
International Rescue Committee	IRC
Islamic Relief	IR
Médecins Du Monde Belgique	MDM BE
Médecins Sans Frontières - Belgique	MSF BELGIQUE
Médecins Sans Frontières - France	MSF FRANCE
Norwegian Refuge Consil	NRC
Oxfam	OXFAM
Save The Children	SCI
Welt Hunger Hilfe	WHH
World Vegetable Center (Centre Mondial des Légumes)	WorldVeg
World Vision	WORLD VISION
Association de Soutien au Développement des Activités de Population	ASDAP
Association pour la Promotion de la Femme (YA-G-TU)	YAGTU
Terre des Hommes	TdH
PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE	PUI

<i>Keneya Jemu kan</i>	KJK
<i>Action Contre la Faim</i>	ACF
<i>Action d'Aide à Gao</i>	AAG
<i>Association pour la Promotion du Monde Rural au Sahel</i>	APROMORS
<i>Association pour la Promotion et le Developpemnt au Sahel</i>	AMPRODE -SAHEL
<i>Association pour leDeveloppement des Communautes a la Case</i>	ADECB--MALI
<i>BORNEFONDEN</i>	BORNEFONDEN
<i>Croix Rouge de Belgique</i>	CR BELBIQUE
<i>Croix Rouge Espagne</i>	CRE
<i>Croix Rouge Malienne</i>	CRM
<i>Groupe Action pour l'Enfance au Sahel</i>	GAE-Sahel
<i>Islamic Relief</i>	IR
<i>International Medical Corps UK</i>	IMC-UK
<i>Organisation Nerlandaise de Developpement</i>	SNV
<i>Première Urgence Internationale</i>	PUI
<i>CARITAS</i>	CARITAS
<i>COOPI</i>	COOPI
<i>PLAN MALI</i>	PLAN MALI
<i>ENDA MALI</i>	ENDA MALI
<i>HELP</i>	HELP
<i>ADESAH GAO</i>	ADESAH
<i>SOS SAHEL</i>	SOS SAHEL
<i>ONG AFAR</i>	AFAR
<i>Cellule d'Appui aux Initiaves de Développement</i>	CAID
<i>ONG AZHAR</i>	AZHAR
<i>TASSAGHT</i>	TASSAGHT
<i>Alliance pour la Résilience Communautaire</i>	ARC
<i>Solidarite Internationale</i>	SI
<i>ONG ASG</i>	ASG
<i>ONG LVIA</i>	LVIA
<i>Handicap International</i>	HI