



République du Bénin

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Direction Départementale de la Santé du Borgou et de
l'Alibori

Zone Sanitaire Malanville-Karimama

RAPPORT

**SUPERVISION SPECIFIQUE SUR LA NUTRITION POUR L'ETAT DES
LIEUX AU NIVEAU DES CNT, CNA ET DES COMMUNAUTES DANS LA
ZONE SANITAIRE DE MALANVILLE-KARIMAMA**

Juin 2013

Page 1 sur 27

IR 2.2 : D'ici 2013 dans chacune des 23 zones, au moins 80% des garçons et filles de moins de 5 ans atteints de la malnutrition aigüe sévère bénéficient d'une prise en charge conformément aux directives nationales y compris en situation d'urgence.

Activité 2.2.3 : Appui au dépistage et à la supervision spécifique des prestataires sur les activités de nutrition dans les départements A/B, A/D, O/P et Z/C (10 ZS).

Sous activité : Supervision spécifique pour état des lieux au niveau des CNT, des CNA et des communautés dans la Zone Sanitaire de Malanville-Karimama

1°)- Description résumée de l'activité et rappel des résultats attendus

La proposition de la conduite des interventions nutritionnelles en situation d'urgence fait suite à l'exercice de recensement-dépistage, de prise en charge et de suivi des enfants souffrant de malnutrition aigüe mis en œuvre dans la zone sanitaire de Malanville-Karimama qui a été lancé en décembre 2012. Les résultats obtenus et leurs potentiels corollaires ont amené le « Cluster Nutrition » dans une promptitude de réaction à travers un déplacement courant Janvier 2013 pour apprécier le caractère préoccupant de la situation nutritionnelle dans la zone sérieusement touchée par les dernières inondations de 2012. Dans l'optique de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, conséquences de ces dernières inondations, plusieurs activités nutritionnelles ont été planifiées et mises en œuvre dans la zone sanitaire de Malanville-Karimama en 2013. La première activité qui a été mise en œuvre est la « *Supervision spécifique pour l'état des lieux au niveau des CNT, des CNA et des communautés* ».

Les résultats attendus de la mise en œuvre de cette activité sont :

- 1) l'orientation méthodologique des acteurs pour la conduite de la supervision spécifique est réalisée ;
- 2) l'analyse de la fonctionnalité des structures de prise en charge de la malnutrition est réalisée ;
- 3) l'analyse des compétences théoriques et effectives des prestataires qualifiés, des aides-soignants et des relais communautaires est réalisée ;
- 4) la pertinence et la faisabilité opérationnelle en ce qui concerne la mise en œuvre du plan spécifique par structure pour la résolution des problèmes visant la redynamisation des interventions nutritionnelles (prévention et prise en charge de la malnutrition aiguë) au niveau des CNT, CNA et des communautés est assurée.

2°)- Lieux de déroulement de l'activité

	Nombre de villages couverts	Nombre de CNA visités	Nombre de CNT visités
Commune de Karimama	62	5	1
Commune de Malanville	82	17	1
Zone sanitaire MK	144	22	2

3°)- Durée et Période de l'activité

L'activité s'est déroulée du 26 Avril au 23 Mai 2013 selon la séquence ci-après :

- le 26 Avril 2013 : préparation de la supervision des relais sur site (briefing des chefs poste sur le remplissage des supports) ;
- le 27 Avril 2013 s'est tenue à la salle de réunion du bureau de zone, une séance d'harmonisation, sur les différents outils à utiliser lors de la supervision, avec les membres de l'EEZS qui participeront à la supervision ;
- du 30 Avril au 23 Mai 2013 a eu lieu la supervision des relais communautaires et des prestataires des CNA et CNT.

4°)-Résultats obtenus

4.1°)-Résultats de la supervision des CNA

4.1.1°)-Appréciation de la fonctionnalité des CNA

4.1.1.1°)-Disponibilité de matériels équipements/ supports divers de documentation au niveau des CNA

La majorité des CNA supervisés ont disposé du brassard tricolore de Janvier 2011 à Mars 2013 sauf les CNA de Bodjécali, Malanville, Garou Tédji, Banitè, Guéné, Toumboutou, Birni Lafia, qui ne disposaient pas du nouveau brassard au cours de l'année 2011.

Quant à l'utilisation on constate que tous les CNA disposant de ce matériel l'ont utilisé à 100% les deux dernières années de la période supervisée (Voir Tableau 1).

Au cours de la période de Janvier 2011 à Mars 2013, la plupart des formations sanitaires disposent du dispositif de pesé la « Balance Salter » plus bassine plastique confectionnée sauf les CNA de Sakawan-Tédji, Banitè et Bodjécali, au regard des données consignées dans le Tableau 2.

Aucun CNA n'avait reçu de balance électronique à double par rapport à la période de supervision concernée sauf trois CNA qui en ont disposé en 2011 (Tableau 3).

Il est à noter sur la base du Tableau 4 que pendant trois ans c'est-à-dire de Janvier 2011 à mars 2013, tous les CNA ont disposé de toise. Seulement un CNA (Monkassa), n'a pas de toise en forme pour bien réaliser les mensurations. Parmi les CNA qui en disposent, seulement deux (Garou et Banitè) n'utilisent pas ce matériel à 100% en raison d'un besoin de renforcement de leur compétence dans ce domaine.

En 2011 52,25% des CNA disposaient de matériel pour l'éducation nutritionnelle et sanitaire contre 62,5% en 2012 et 2013, comme indiqué dans le Tableau 5.

Le "Tableau 6 montre que :

- Les CNA de Bodjécali, Monkassa, Garou, Garou Tédji, Kompa, Goun Goun et Banitè ne disposaient pas de registre de prise en charge tracé ou pré-imprimé en 2011. Par contre en 2012 et 2013, la majorité des CNA supervisé en ont disposé et utilisé ce registre
- Les CNA qui n'en ont pas disposé n'ont pas exprimé le besoin à l'endroit de la zone sanitaire pour être approvisionné suite à une manque ou à une rupture.

Le Tableau 7 montre que 56,25% des CNA en 2011 n'avaient pas de fiche individuelle de prise en charge et du traitement. En 2012, 68,75% des CNA possédaient cette fiche et l'utilisaient régulièrement. En 2013, c'est seulement le CNA de Garou Tédji qui n'a pas de fiche individuelle de suivi et du traitement et cela s'explique par le manque de personnel qualifié stable au poste ; au cours de la supervision, la chef poste indisposée n'avait pu être présente au poste pour mettre à disposition tous les documents de gestion des activités de dépistage et de prise en charge de ma malnutrition au niveau du CNA en question pour faciliter la collecte des données.

À la lecture du Tableau 8 on constate que 85,5% des CNA en 2013 disposent de la fiche de rapport statistique. Mais ce n'est pas le cas pour les années 2012 et 2011 où cette disponibilité est respectivement de 56,5% et de 35,25%. Seul le CNA de Sakawan Tédji, bien que disposant de cette fiche l'a utilisé de façon irrégulière au cours de 2011 et 2012.

Le Tableau 9 montre que seuls les CNA de Birni-Lafia et Kompa disposent et utilisent la fiche du test d'appétit durant toutes les trois années. Notons que cette fiche était pratiquement indisponible et non utilisé dans la majorité des CNA au cours des années 2011-2012 et 2013 (pour le 1^{er} trimestre).

4.1.1.2°)-Disponibilité de fiche/tableaux divers de procédures et diagnostic, de prise en charge et suivi de la PeCMA CNA

Le Tableau 10 montre les observations suivantes :

- La table de Z-score ou Ecart Type de Poids pour Taille (Norme OMS) : 62,5% des CNA disposaient de la table de Z-score et l'ont utilisé en 2011 contre 96,75% en 2012 et 2013.
- La table de Pourcentage de la Médiane de poids pour Taille (Norme OMS) : 31,25% seulement disposaient de cet outil contre 62,5% qui n'en disposaient pas en 2011 et en 2012. En 2013 les CNA qui possède la table de pourcentage de la médiane est passé à 37,5%.
- La table d'interprétation du Test d'Appétit : En 2011 et 2012, 62,5% étaient dépourvus de cette table. En 2013 50% de CNA en possédaient contre 43,75% qui en disposaient.
- Le diagramme de dépistage, de tri et d'orientation : plus de 80% (81,25%) des CNA manquaient cette fiche en 2011 contre 37% en 2012 et 2013.

À partir du 'Tableau 10 (Suite 1), tableau sur les critères et procédures d'Admission, le tableau sur les critères et procédures de Sortie et la table de calcul de la ration hebdomadaire d'ATPE (PlumpyNut) n'existaient pas à Malanville, Sakawan Tédji, Garou, Garou Tédji, Banitè, Goun Goun, Monkassa en 2012.

4.1.2°)-Analyse des compétences des acteurs des CNA

On note au niveau de la Zone Sanitaires que 14,28% du personnel actuellement impliqué dans la prise en charge des enfants malnutris ne sont pas formés. Parmi le personnel supervisé le niveau de connaissance dans la prise en charge varie entre 14% et 96,97% avec une prédominance d'agents ayant entre un niveau de connaissance de plus de 70% (Tableau 14).

4.1.3°)-Observation directe de la prise de mesures anthropométriques et appréciation de la classification de malnutrition aiguë

Les résultats des observations directes du personnel des CNA consignés dans le Tableau 15, en ce qui concerne la réalisation des mesures anthropométrique montre que sur le plan de :

- Respect de la procédure seuls trois CNA n'ont pas réalisé 100% de performance lors de l'observation. Il s'agit des CNA de Madécali (75%), Guéné (75%) Goun Goun (80%), Kompa (80%) et Garou Tédji où l'observation n'a pu être réalisée chez la chef poste absente pour cause de maladie.
- Au niveau de la mesure correctement réalisée dix CNA ont atteint moins de 100% à savoir : Malanville (76%), Monkassa (80%), Madécali (50%), Banitè (75%), Guéné (80%), Goun Goun (50%), Toumboutou (80%), Sakawan Tédji (50%), Birni Lafia (73,33%) et Kompa (75%).
- Lecture correcte des mesures réalisées, se rapporte un peu à la réalisation correcte des mesures et donc Malanville (76%), Madécali (55%), Guéné (85%), Goun Goun (50%), Toumboutou (66,66%), Sakawan Tédji (75%), Birni Lafia (93,33%) et Kompa (80%).
- Choix correct Indice de classification et de Classification correcte de l'État Nutritionnel, neuf (9) CNA ont réalisé 100% tandis que le reste des CNA bascule entre 25% et 85,33%.

4.1.4°)-Observation directe de la conduite du test d'appétit et appréciation de la classification

Dans la plupart des CNA supervisé l'observation directe du test d'appétit révèle le non respect de la procédure et de la durée du test, une mauvaise estimation de la quantité

d'ATPE consommée, une absence de la fiche de test d'appétit pour documenter tous les tests réalisés chez les enfants du programme.

4.1.5°)-Analyse de la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère au niveau du CNA

4.1.5.1°)-Traitement médicamenteux systématique disponible de Janvier 2011 à Mars 2013

Dans la plupart des CNA de la zone le traitement médicamenteux systématique existe mais n'est pas toujours gratuit car certains produits sont vendus aux mères d'enfants lorsque ces CNA sont en rupture de médicaments dotés par le partenaire pour la gratuité de la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aigue sévère.

4.1.5.2°)-Traitement à base d'ATPE disponible de Janvier 2011 à Mars 2013

En 2011, 37.5% des CNA ne disposaient pas d'ATPE pour la prise en charge des enfants malnutris, en 2012, la plupart des CNA a connu une rupture d'ATPE au cours de l'année. Mais en 2013 en dehors de Garou-Tédji qui n'avait pas encore reçu avant la supervision, tous les autres CNA ont disposé d'ATPE pour la prise en charge des enfants pour le 1^{er} trimestre

4.1.6°)-Appréciation de l'admission, du suivi individuel et de la sortie des bénéficiaires par les CNA de Septembre 2010 à Mars 2012

Dans la plupart des CNA (plus de la moitié des CNA) il ya une bonne performance dans la prise en charge des enfants malnutris ; cette bonne performance est due à une bonne distribution de l'ATPE pendant le suivi ; à une bonne prise de mesure au cours du suivi ; à un bon respect de la fréquence du test d'appétit et à un respect acceptable des critères de sorties.

4.1.7°)-Appréciation du dépistage systématique passif au niveau des CNA de la Zone Sanitaire de septembre 2010 à mars 2012

Dans le "Tableau 1 de 3.1.7" en Annexe 3E, 16 formations sanitaires sur 16 (100% des formations sanitaires) ont les registres disponibles ; ainsi donc de Janvier 2011 à Mars 2013 ; mais il faut noter que dans les registres de consultation on constate que le dépistage passif n'est pas assuré ou du moins n'est pas documenté.

Au niveau du "Tableau 2 de 3.1.7" en Annexe 3E, sur les 17 formations sanitaires, certaines formations sanitaires enregistrent un nombre impressionnant d'enfants venus en consultation (Guéné, Toumboutou et autres) sont reçu mais ne sont pas dépistés en dehors du CNA de Bogo Bogo qui fait exception dans la zone, pareil constats dans le "Tableau 3 de 3.1.7" en Annexe 3E.

4.1.8°)-État des statistiques de Janvier à Mars 2012 et des indicateurs au niveau du CNA

Les statistiques du premier trimestre 2012 dans le "Tableau 3.1.8" en Annexe 3F, montrent que la plupart des CNA de la commune de Malanville ne font pas le dépistage et prise en charge des enfants malnutris ou ne documente pas bien cette intervention. Par contre, tous les CNA de la commune de Karimama mènent bien cette activité.

4.1.9°)-Indicateurs de performance de 3 mois consécutifs année 2012

Le "Tableau 3.1.9" en Annexe 3F est incomplètement rempli pour des indicateurs de performance devant permettre de faire l'appréciation de la fonctionnalité technique des CNA en plus de celle relative à la fonctionnalité administrative. Il est évident que des mises au point fondamentales sont devenues incontournables et des stratégies de supervision rapprochées sont nécessaires pour la correction de la situation au niveau de tous les CNA de la Zone Sanitaire. Les observations inscrites dans le tableau 3.1.9, corroborent avec

l'irrégularité du suivi du traitement individuel et du renseignement défaillant des diverses fiches devant permettre le calcul des indicateurs de performance technique sur la base de données fiables : fiche de suivi du traitement individuel pour MAS en CNA, fiche de suivi de la réalisation du test d'appétit, le renseignement régulier dans le registre de PeC en CNA avec les données relatives aux critères d'admission et aux critères de sortie.

4.2°)-Résultats de la supervision des CNT

4.2.1°)-Appréciation de la fonctionnalité des CNT

4.2.1.1°)-Disponibilité de Matériels/équipements et supports divers de documentation au niveau du CNT

Dans le Tableau 3.2.1.1 en annexe 2A, les CNT de la zone sanitaire (CNT HZ Malanville et CNT de Karimama) n'ont pas de problème de matériel en dehors de la balance électronique pour double pesée "UNISCALE" qui n'est pas disponible.

4.2.1.2°)- Disponibilité de Matériels/équipements et supports divers de documentation au niveau du CNT

Le Tableau 3.2.1.2 en annexe 2A, indique une situation satisfaisante au niveau des CNT. En effet, le registre de prise en charge tracé ou pré-imprimé, les Fiches Individuelles de Suivi du traitement, les Fiches de Rapport Statistique Mensuel ou le Registre de Rapports Statistiques Mensuels auto-carbonés et les Fiches de Suivi de la réhydratation ont toujours été disponibles et utilisés régulièrement au CNT en dehors de la Fiche de Suivi du Test d'Appétit

4.2.1.3°)- Disponibilité de Fiches/Tableaux divers de procédures et de diagrammes de diagnostic, de prise en charge et de suivi de la PeCMA au CNT.

Le Tableau 3.2.1.3 en annexe 2A, sur l'état de la disponibilité des fiches et tableaux de procédure, et de diagrammes de diagnostic, de prise en charge et de suivi de la PeCMA au

CNT, montrent que seuls le diagramme de dépistage, de tri et d'orientation et le tableau sur les critères et procédures d'Admission étaient disponibles en 2011, 2012 et 2013. Seulement la table de pourcentage de la médiane n'était pas disponible sur toute la période concernée.

4.2.1.4°)- Appréciation de la documentation de la PeCMA au niveau des CNT

Les CNT de la zone présentes une performance variable d'un CNT à un autre. Tandis que le CNT de Malanville ne dispose de documentation que sur le 1^{er} trimestre de l'année 2013, le CNT de Karimama disposée d'une bonne documentation couvrant la période des trois ans (2011 à 2013).

4.2.2°)-Analyse des compétences des acteurs des CNT

4.2.2.1°)- Personnes supervisées, leur position, qualification et le résultat de leur connaissance théorique

Dans l'ensemble, les agents de santé formés sur la prise en charge de la malnutrition au CNT ont une connaissance acceptable de la théorie (Voir Tableau 3.2.2.1 en Annexe 4B)

4.2.2.2°)-Observation directe de la prise de mesures anthropométriques, et appréciation de la classification de malnutrition aiguë, et de la conduite et de l'appréciation de la classification à base du test d'appétit

Les prestataires observés au cours de la supervision sur ces aspects, ont une connaissance acceptable de la pratique (Voir Tableau 3.2.2.2 en Annexe 4B)

4.2.2.3°)-Observation directe de la reconstitution du lait F75, du lait F100 et du RéSoMal

Les prestataires observés au cours de la supervision sur ces aspects, ont une bonne capacité pour la reconstitution du lait F75, du lait F100 (et sa reconstitution en cas de rupture de F75 ainsi que la gestion des différentes phases de la prise en charge au CNT) et du RéSoMal. (Voir Tableau 3.2.2.3 en Annexe 4B)

4.2.3°)-Analyse de la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère au niveau du CNT

4.2.3.1°)-Traitement à base d'intrants thérapeutiques disponible de Septembre 2010 à Mars 2012

On note une disponibilité du matériel suivant les normes du Protocole National, à utiliser pour la reconstitution du F75, du lait F100 et du RéSoMal. Dans le Tableau 3.2.3.1 en Annexe 4C, on note 100% de disponibilité au cours des trois années. Notons que les CNT n'ont connu que de petite période de rupture d'ATPE (au plus un mois sur les trois ans)

4.2.3.2°)-Traitement médicamenteux systématique disponible de Janvier 2011 à Mars 2013

Jusque là le traitement médicamenteux systématique est gratuit dans les deux CNT de la zone sanitaire de Malanville-Karimama. Néanmoins il est à noter que la rupture par moment de certains médicaments entrant dans la prise en charge médicamenteuse des malnutris.

4.2.4°)-Appréciation de l'admission, du suivi individuel et de la sortie des bénéficiaires par le CNT, et état des statistiques mensuelles de Janvier 2011 à Mars 2013

L'appréciation a été faite sur la base des éléments suivants:

- Utilisation et inscription du numéro unique de MAS : bonne utilisation du numero de MAS unique en rapport avec le CNA de référence de l'enfant et disposition de numéro de MAS unique propre à chaque CNT qui reçoit un enfant directement. Résultat de Test de l'Appétit (avec ATPE) correctement noté sur la fiche de suivi de la prise en charge de l'enfant au CNT.
- Annotation des absents : il faut faire le lien avec la qualité du rapport statistique mensuel en ce qui concerne le renseignement des rubriques de sortie.

La situation des statistiques mensuelles est synthétisée dans le Tableau 3.2.5 en Annexe 4D. En résumé, on note ce que seul le CNT de Karimama assure une bonne documentation des données pour offrir de statistique fiable. Quant au CNT de Malanville, il n'a pas été possible d'avoir des statistiques faute d'un bon archivage des données.

4.2.5°)-Indicateurs de performance de 4 mois consécutifs (prendre le registre des fiches ou les fiches de suivi concernant les 12 derniers mois)

Il n'a pas été également possible d'établir une bonne analyse des indicateurs de performance de 4 mois consécutifs en raison de la non disponibilité des données au CNT de Malanville. Ceci devrait nous permettre d'avoir une idée précise sur les différents taux (décès, abandon, etc.) afin de pouvoir apprécier leur seuil par rapport aux normes acceptables.

4.3°)- Résultats de la supervision du niveau communautaire :

4.3.1°)-Point des relais attendus et des relais supervisés par CNA :

Centre de santé : CNA	Nombre de relais attendus	Nombre de relais supervisés	% de relais supervisés
Malanville	31	31	100%
Bodjécali	6	6	100%
Monkassa	4	4	100%
Garou	21	20	95%
Garou Tédji	6	5	83%
Madécali	30	30	100%
Kassa	5	5	100%
Banité	3	3	100%
Guéné	32	32	100%
Goun Goun	8	8	100%
Toumboutou	16	16	100%
Sakaxwan Tédji	4	4	100%
Birni Lafia	32	32	100%

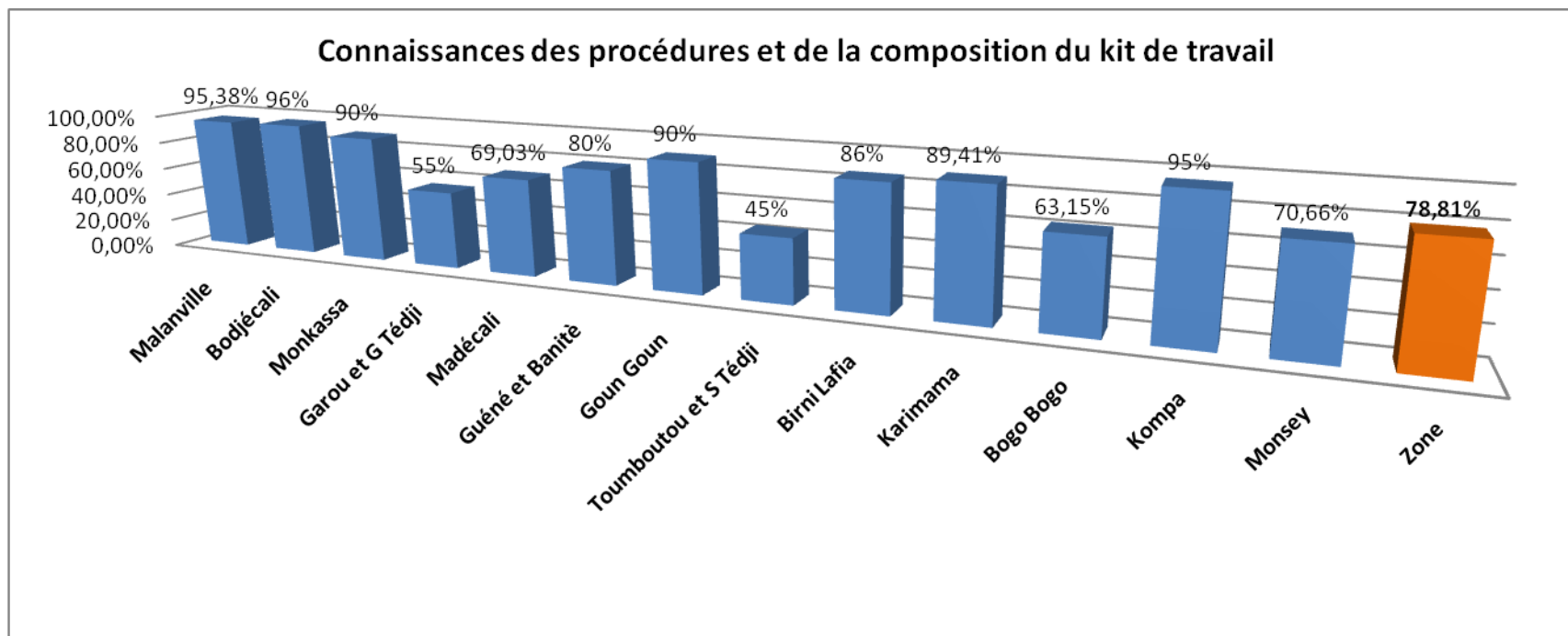
Karimama	18	17	94%
Bogo Bogo	23	22	96%
Kompa	28	28	100%
Monsey	32	32	100%
Total	299	295	99%

4.3.2°)-Pratiques du recensement-dépistage des enfants de 6-59 mois au niveau ménage :

4.3.2.1°)-Connaissances des procédures et de la composition du kit de travail pour le recensement-dépistage des enfants de 6 à 59 mois (voir graphique 1):

Dans la zone sanitaire 78,81% des relais communautaires supervisés ont une bonne connaissance des procédures et de la composition du kit de travail pour le recensement-dépistage des enfants de 6-59. Le niveau de connaissance de ces relais varie de 45% dans l'aire sanitaire de Toumboutou à 96% dans l'aire sanitaire de Bodjécali.

Graphique 1 : Niveau de connaissance des relais communautaires sur les procédures et la composition du kit de travail du relais communautaire.



Dans la zone 78,81% des relais supervisés dans les formations sanitaires périphériques (CNA), ont une bonne connaissance des procédures et de la composition du kit de travail pour le recensement et le dépistage des enfants de 6 à 59 mois. Ce taux varie de 45% à Toumboutou à 96% à Bodjécali.

4.3.2.2°)-Réalisation de la mesure du périmètre brachial (PB) avec le brassard tricolore, d'Identification des œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6-59 mois et pratique de la visite à domicile

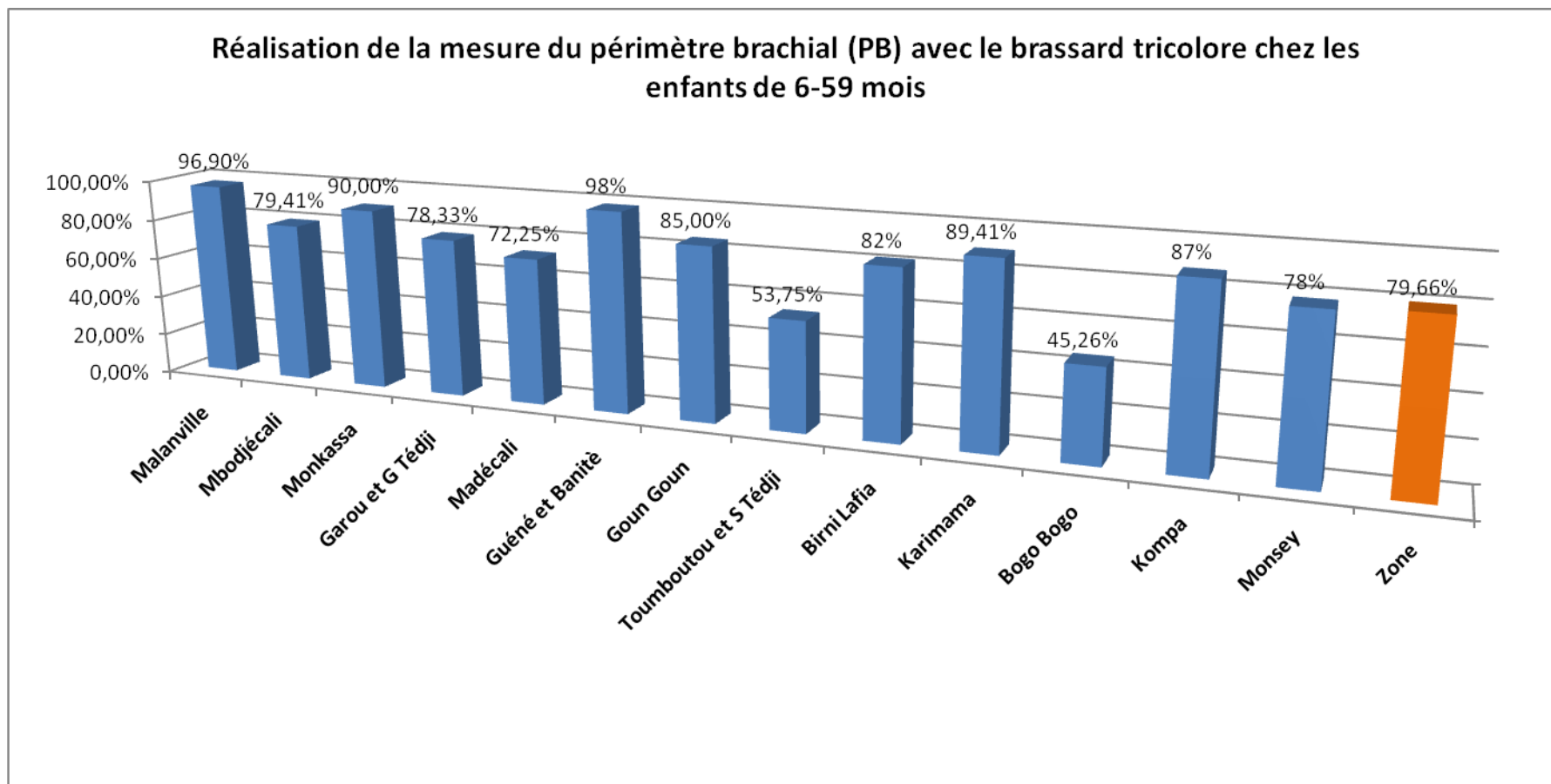
La situation observée est illustrée respectivement par les graphiques 2 et 3 (pages suivantes) en ce qui concerne la réalisation de la mesure du périmètre brachial (PB) avec le brassard tricolore, et d'Identification des œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6-59 mois.

Selon le graphique 2, des disparités existent entre relais communautaires des différents CNA. Les performances des relais communautaires par rapports aux pratiques en matière de mesure du périmètre brachial, varient de 45,26% à Bogobogo et ont atteint 96,90% à Malanville sur la base du mode d'appréciation retenu sur la grille d'observation directe.

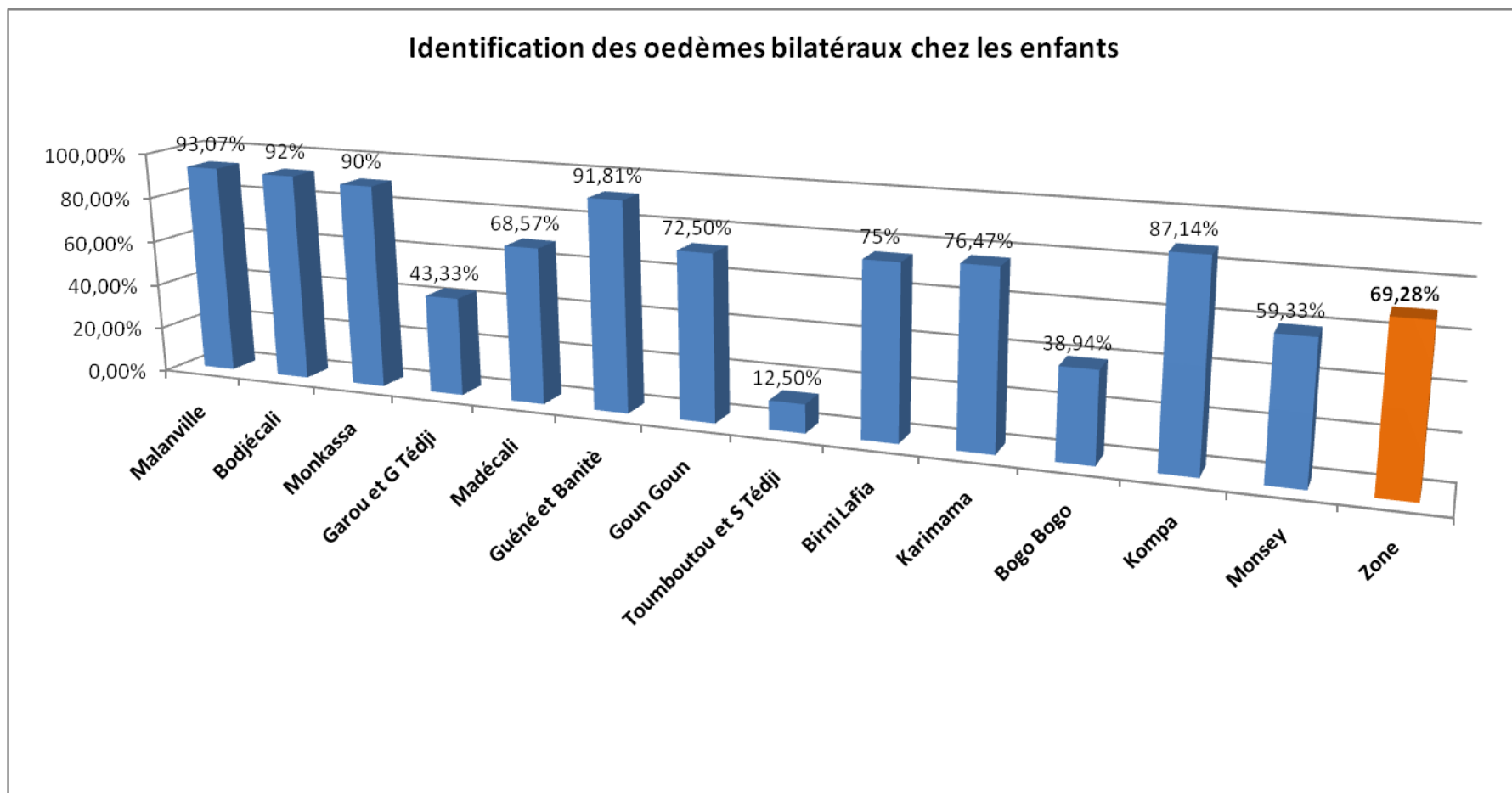
Selon le graphique 3, dans la zone 69,28% des relais supervisés arrivent à faire une bonne identification des œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6 à 59 mois. Ce taux évolue de 12,50% à Tomboutou, 38,94% à Bogobogo et 43,33% à Garou pour atteindre 93,07% dans l'aire sanitaire de Malanville.

Au sujet de la procédure de réalisation des Visites à Domicile (VD), l'observation directe des relais communautaires a permis de constater que dans la zone 72,38% des relais supervisés font des visites à domicile. Ce taux évolue de 40% à Monkassa et 48,59% à Garou à 97% dans l'aire sanitaire de Guéné (Voir Graphique 4)

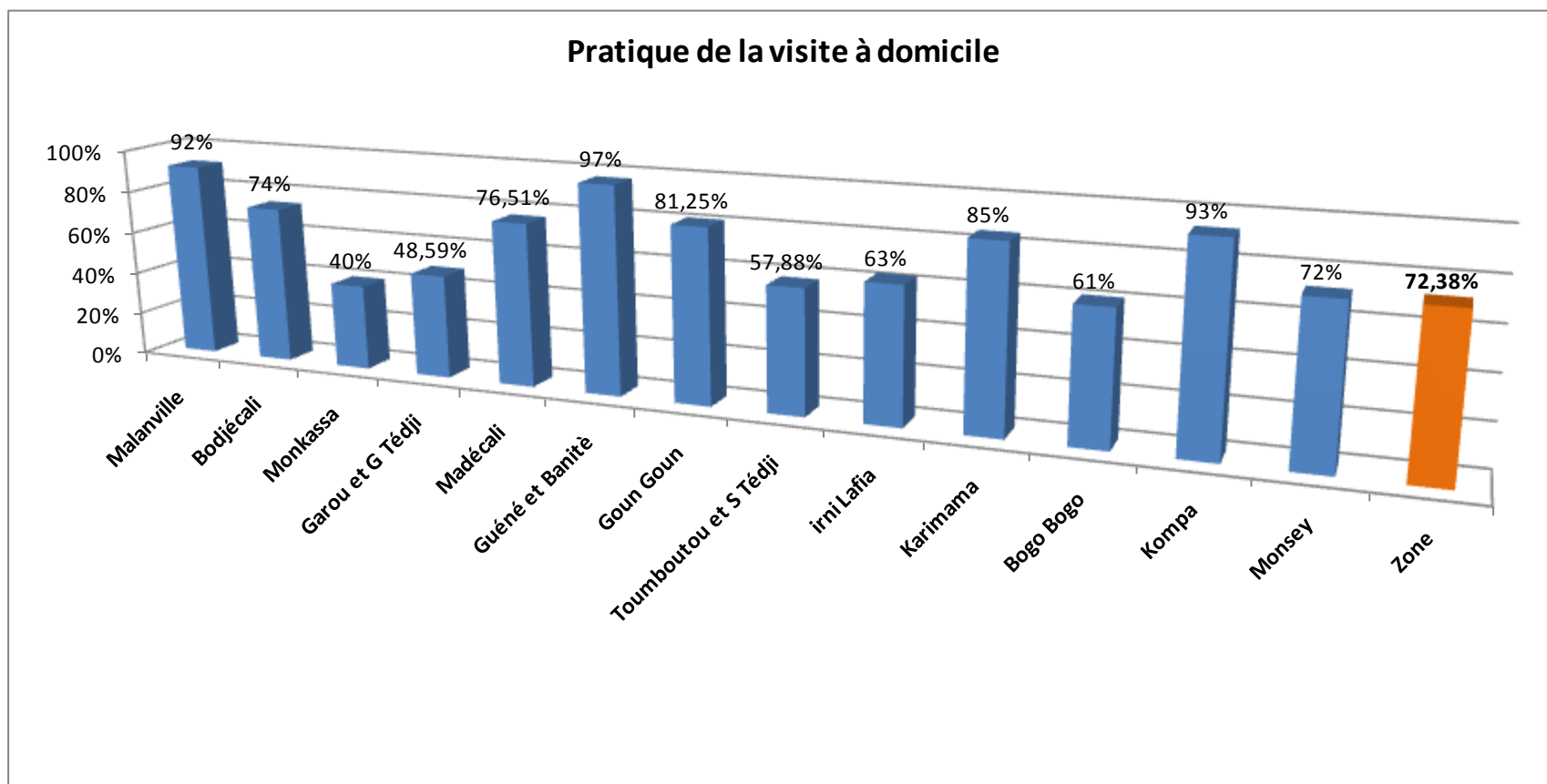
Graphique 2 : Pratique de réalisation de la mesure du périmètre brachial (PB) avec le brassard tricolore chez les enfants de 6-59 mois



Graphique 3 : Pratique d'Identification des œdèmes bilatéraux chez les enfants



Graphique 4 : Pratique de la visite a domicile



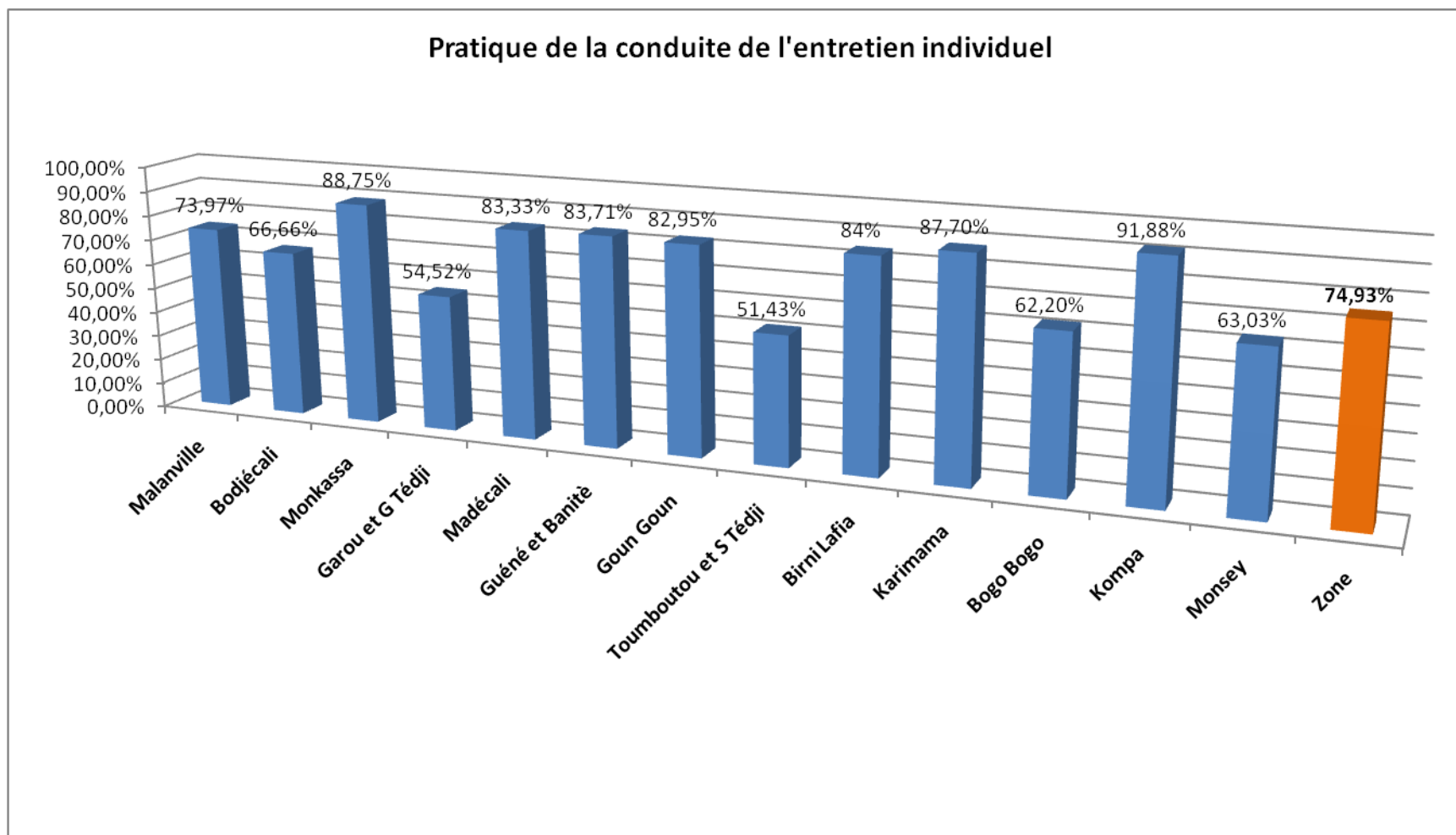
4.3.3°)- Pratique de la conduite des séances éducatives : Pratique de la conduite de l'entretien individuel, Pratique de la causerie de groupe, et Pratique de la conduite de la démonstration culinaire.

La situation observée au cours de la supervision, est illustrée dans le graphique 5, le graphique 6 et le graphique 7 pour respectivement (i) Pratique de la conduite de l'entretien individuel, (ii) Pratique de la causerie de groupe, et (iii) Pratique de la conduite de la démonstration culinaire.

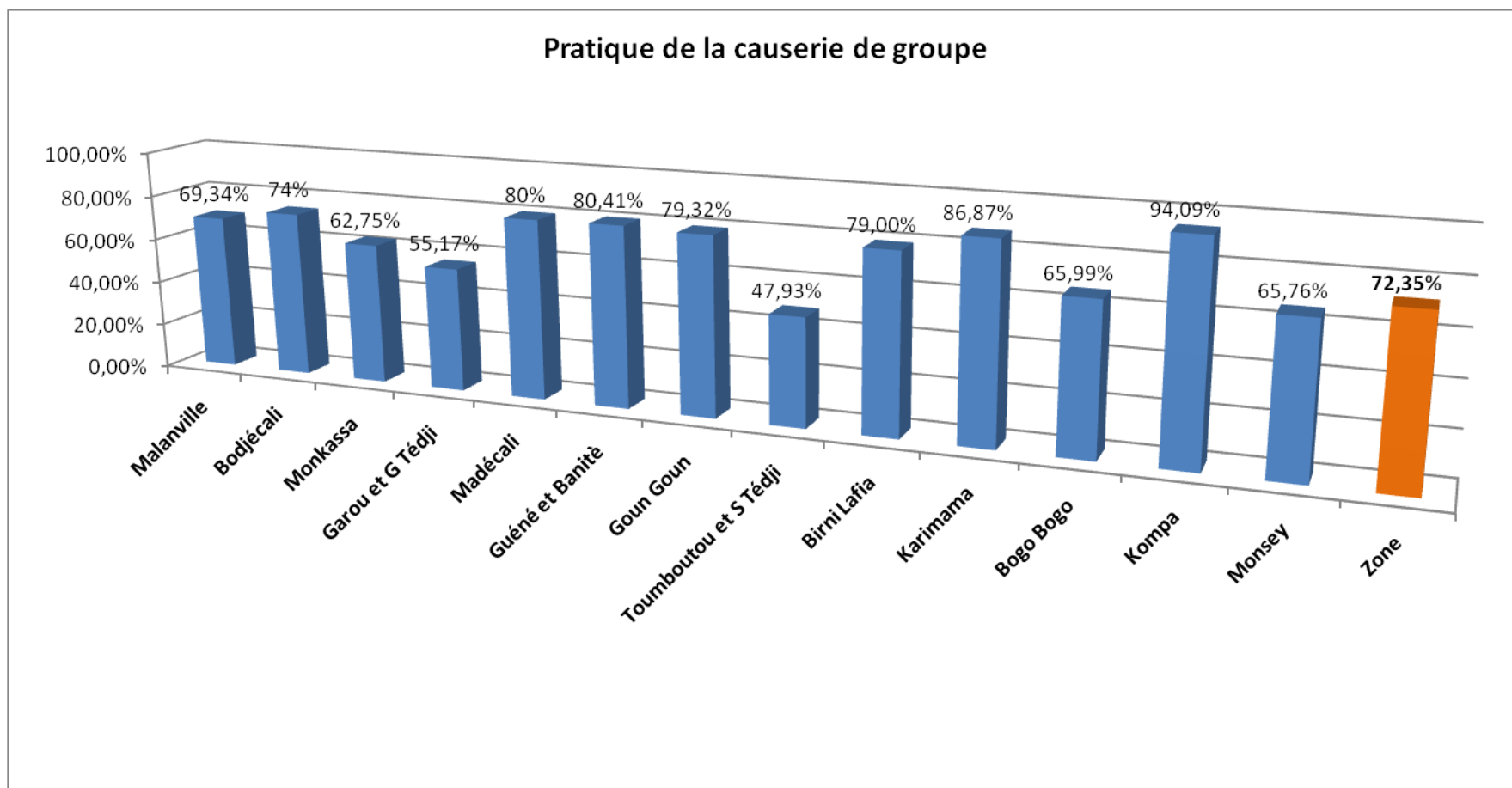
Dans la zone :

- 74,93% des relais supervisés font la pratique de l'entretien individuel. Ce taux évolue de 51,43% à Toumboutou à 91,88% dans l'aire sanitaire de Kompa.
- 72,35% des relais supervisés font la pratique de la causerie de groupe. Ce taux évolue de 47,93% à Toumboutou à 94,09% dans l'aire sanitaire de Kompa.
- 62,90% des relais supervisés font une bonne pratique de la conduite de la démonstration culinaire même si elle n'est pas régulière dans la pratique. Globalement la situation affiche des taux évoluant de 14% dans le CNA de Monkassa à 100% dans l'aire sanitaire de Guéné.

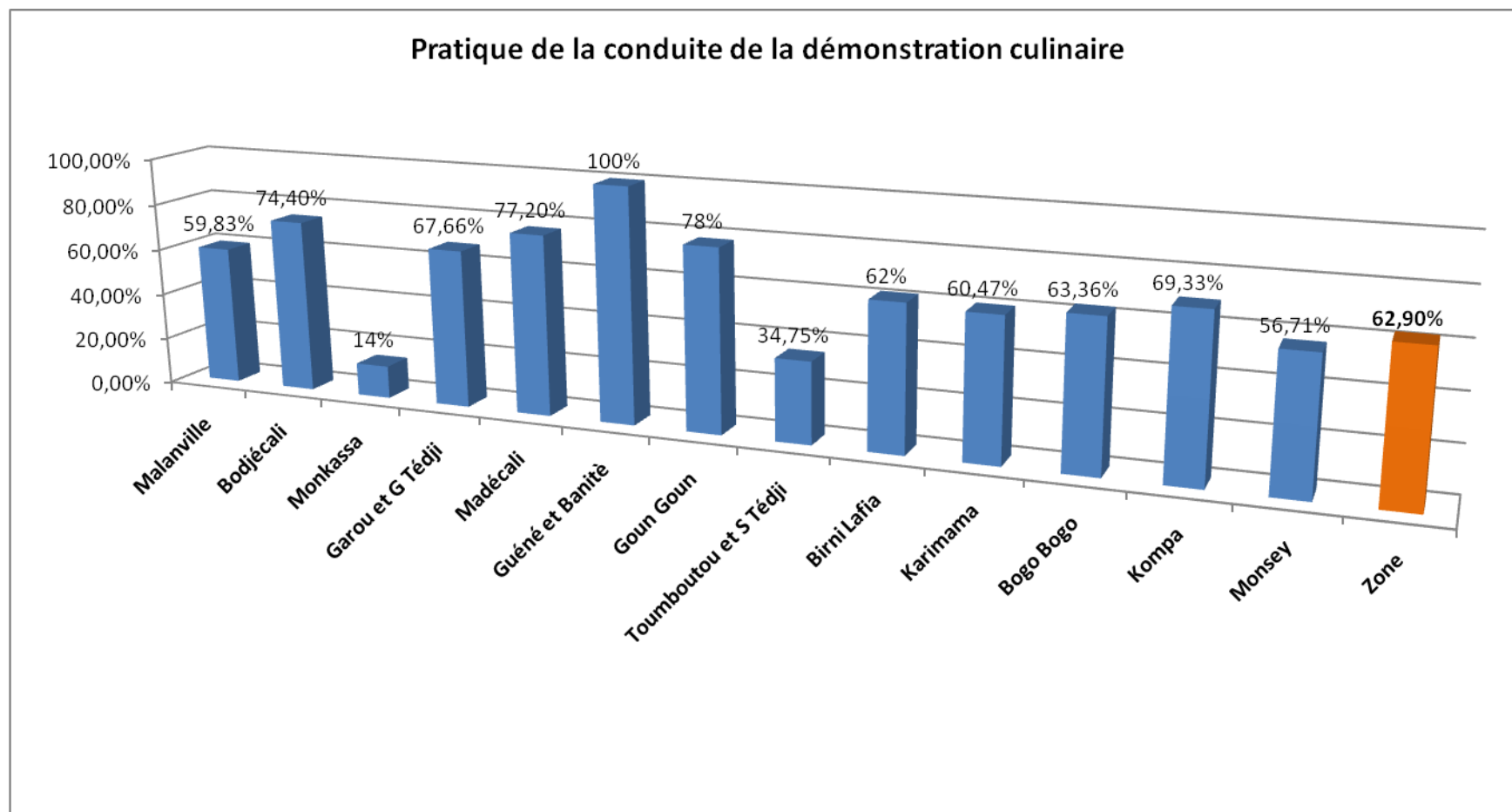
Graphique 5 : Pratique de la conduite de l'entretien individuel



Graphique 6 : Pratique de la causerie de groupe



Graphique 7 : Pratique de la conduite de la démonstration culinaire



5°)- Commentaires sur le déroulement de l'activité

Dans l'ensemble l'activité s'est bien déroulée en dépit des difficultés de mobilisation des relais communautaires en ces temps de travaux champêtres.

Les éléments qui ont bien marché et les solutions apportées aux éléments qui n'ont pas bien marché sont précisés dans les tableaux ci-dessous.

7°)- Aspects techniques

Éléments qui ont marché	Éléments qui n'ont pas marché	Solutions adoptées pour les éléments qui n'ont pas marché
Organisation d'une séance préparatoire avec les acteurs devant conduire les opérations de terrain	Non maîtrise par certains chefs poste (non formés) de CNA du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue	Appui de ces chefs poste par les membres de l'EEZS lors de la supervision des relais communautaires
La disponibilité des supports de collecte des données qui prennent en compte tous les domaines de la supervision		
La disponibilité de personnes ressources formées sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition dans la zone sanitaire		

7°)- Aspects logistiques

Éléments qui ont marché	Éléments qui n'ont pas marché	Solutions adoptées pour les éléments qui n'ont pas marché
Disponibilité des deux véhicules (CS Karimama et Malanville)	La mise à disposition tardive des fonds	Néant
La communication à travers le réseau «Moov Corporate» a facilité la coordination des activités sur le terrain	Les pannes répétées du véhicule du centre de santé de Malanville offert par l'UNICEF en 2008	Réparation du véhicule

8°)- Suggestions/Recommandations et prochaines étapes

8.1°)-Suggestions/Recommandations

Structures/Personnes	Suggestions/Recommandations
Responsables CNA et CNT	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser au moins une supervision des RC par mensuelle par rapport au volet nutrition en profitant des sorties pour les stratégies avancées vers différents villages. • Assurer une bonne documentation des activités de nutrition au niveau du CNT y compris le dépistage passif pour améliorer les performances des CNA

Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire	<p>Renforcer la supervision des activités de nutrition à tous les niveaux (communautaire, CNA et CNT)</p> <p>Redynamiser le système de transfert, de référence et de contre référence entre les CNA et les CNT de la zone</p> <p>Faire le plaidoyer à l'endroit du Maire de Karimama pour le paiement effectif de la prime de performance des relais communautaires de la commune de Karimama</p>
Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori	<p>Intégrer dans la revue de performance les indicateurs de prise en charge de la malnutrition</p>
Ministère de la santé (attention DSME)	<p>Doter les CNA d'une balance électronique munie de la fonction tare</p> <p>Améliorer la disponibilité des intrants thérapeutiques (Plumpy Nut, F75 et F100) au niveau de la CAME</p> <p>Intégrer dans le registre PCIME une colonne pour la taille, le périmètre brachial et le z-score P/T</p>
Partenaires (UNICEF)	<p>Appuyer la zone pour la formation du personnel nouvellement affecté dans la zone et le recyclage de ceux formé depuis 2006, 2007 ou 2008 ;</p> <p>Doter le bureau de zone de Malanville-Karimama d'un véhicule de supervision</p>

Poursuivre l'appui financier à la zone sanitaire pour la réalisation de la supervision mensuelle des relais communautaires et du monitoring trimestriel des activités communautaires

8.2°)- Prochaines étapes

Organiser le suivi et l'appui à la mise en œuvre des plans de résolution des problèmes identifiés et des recommandations spécifiques à tous les niveaux (communautaire, CNA et CNT)