

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)



Année universitaire 2020-2021

N°/... .. /

TITRE DU MEMOIRE

Soins Essentiels Communautaires (SEC) : Problématique de la prise en charge des enfants malades par les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la commune rurale de Sagabala/Cercle Kolokani/Région de Koulikoro, Mali.

Présenté et soutenu le 06/12/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr Drissa BERTHE

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine de Famille/Médecine Communautaire.

JURY

Président : Professeur Youssouf TRAORE

Membre : Dr Oumar SANDJI

Codirecteur : Dr Aboubakary KONATE

Directeur : Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

REMERCIEMENTS

A l'issu de ce travail mes remerciements :

- Au tout miséricorde Dieu qui nous a permis ce travail
- A mon père Feu Oumar et à ma mère Kadiatou BERTHE qui m'ont éclairé le droit chemin de la vie et guidé mes pas
- A toute la famille BERTHE depuis Bamako en passant par Koutiala jusqu'au village Sougoumba
- A toute l'équipe de coordination du DES de Médecine de Famille/Médecine Communautaire plus particulièrement le Professeur Fatoumata DICKO, votre soutien moral ainsi que technique assurait l'essentiel de ce travail, je ne manquerai pas à remercier aussi le sage, l'infatigable Professeur Mamadou Dembélé qui a fait valoir ses droits à la retraite, que Dieu le tout puissant vous accorde une retraite paisible et une longue vie en parfaite santé
- Au CSCCom-U et l'ASACO de Sègue : mes respects et considérations à Dr KONATE et son équipe depuis le dispensaire jusqu'à la maternité en passant par le PEV, le dépôt de vente de médicaments et en dernier lieu le gardien Sidi avec les deux techniciennes de surface. Les mots me manquent pour apprécier positivement votre soutien moral, matériel, technique et financier que vous m'avez accordé. Je vous dis tout simplement merci pour votre accueil chaleureux, votre hospitalité et votre sens élevé de la vie. Une mention spéciale à Modibo TRAORE agent PEV, qui malgré son âge et son programme chargé m'a accompagné au niveau de tous les sites ASC. Merci une fois de plus à l'équipe de Yassa TRAORE pour votre soutien matériel et financier, que le tout puissant vous accompagne.
- Aux ASC et DTC des aires de santé et la mairie de la commune de Sagabala, j'ai été ravi de votre accueil, votre disponibilité et votre franche

collaboration, je vous souhaite succès et prospérité au niveau de vos sites ASC.

-Au projet CLEFS, votre accompagnement financier et matériel n'a pas fait défaut durant tout le processus du DES de Médecine de Famille /Médecine Communautaire, merci au Professeur Mahamane MAIGA et toute son équipe.

-A mes collègues de la septième promotion du DES MF/MC plus particulièrement Dr Intimbeye Tembiné qui m'a consacré la plupart de son temps malgré son calendrier chargé, que Dieu le tout puissant vous bénisse. Un hommage mérité à feu Mamadou Billo DIALLO étudiant à la septième année médecine et sa famille, qui avait précédemment commencé ce travail mais rappelé à Dieu, mes condoléances les plus attristées et que son âme repose en paix.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Youssouf TRAORE

- + Professeur titulaire de Gynécologie Obstétricale à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie de Bamako.**
- + Praticien dans le service de Gynécologie Obstétricale au CHU Gabriel Touré.**
- + Chef de filière du département des soins infirmiers et obstétricaux de l'Institut National de Formation en Science de la santé (INFSS).**

Cher Maître

Vous nous avez fait un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de ce mémoire malgré vos multiples occupations. Votre grande culture scientifique, vos qualités pédagogiques, votre amour du travail bien fait, expliquent toute l'estime que vous avez pour les DES de cette faculté. Veuillez recevoir cher Maître, l'expression de mes plus grandes considérations.

A notre maître et juge

Dr Oumar SANDJI

Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous vous êtes investis dans l'amélioration de la qualité de ce travail nous a beaucoup marqué. Nous avons également été comblés par vos qualités humaines et les conseils dont nous avons bénéficié à vos côtés. Veuillez accepter cher Maître nos sincères remerciements.

A notre maître et Co-directeur de mémoire

Dr Aboubakary KONATE

- + Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire**
- + Chargé d'Encadrement Clinique**
- + Directeur Technique du CSCom-U de Sègue**
- + Auditeur en droit de la santé et de l'environnement à la faculté de droit publique de Bamako**
- + Membre de bureau du conseil de l'ordre des médecins du Mali**

Cher maître

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de codiriger ce travail. Vos conseils et vos critiques ont beaucoup contribué à la qualité de ce travail. Votre sens élevé du devoir et votre abord facile ont forcé notre admiration. Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un modèle à suivre. Veuillez accepter ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de mémoire

Professeur Fatoumata DICKO

- + Professeur titulaire de Pédiatrie de la Faculté de Médecine et d’Odonto- Stomatologie ;**
- + Coordinatrice du DES de Médecine de Famille et Médecine Communautaire ;**
- + Chef de service de Néonatalogie au CHU Gabriel Touré ;**
- + Secrétaire générale de l’Association Malienne de Pédiatrie (AMAP) ;**
- + Secrétaire générale de l’Association des Pédiatries d’Afrique Noire Francophone (APANF) ;**
- + Membre du Collège Ouest Africain des Médecins.**

Cher Maître,

Le choix de ce thème exprime la confiance que vous nous faites à cet égard. Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser. Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié. Permettez-moi, cher maître, de vous adresser l’expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

AN RM : Assemblée Nationale République du Mali

ASACO : Association de Santé Communautaire
ASC : Agent de Santé Communautaire
BRAC : Bangladesh Rural Advancement Commitee
CLEFS : Communautés Locales d’Enseignement pour les Femmes et les Filles en Santé
CSCom : Centre de Santé Communautaire
CSRéf : Centre de Santé de Référence
DTC : Directeur Technique du Centre
EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali
MAM : Malnutrition Aigüe Modérée
MAS : Malnutrition Aigüe Sévère
MILD : Moustiquaire imprégnée d’Insecticide à Longue Durée
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMI : Œdème Membre Inferieur
PDDSS : Plan Décennal Développement Sanitaire et Social
PEC : Prise En Charge
PMA : Paquet Minimum d’Activité
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine
RGPH : Recensement General de la Population et de l’Habitat
SEC : Soins Essentiels dans la Communauté
SMIR : Surveillance Intégrée des Maladie et la Riposte
UNICEF: United Nations of International Children’s Emergency Fund
(Fond des Nations Unies pour l’enfance)

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Figure 1 : Causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali en 2010

Tableau I : Répartition selon population cible des enfants de 0 à 59 mois

Tableau II : Répartition des enfants selon le sexe

Tableau III : Répartition des enfants selon la tranche d'âge

Tableau IV : Répartition des enfants selon la fréquentation du site ASC

Tableau V : Répartition des enfants selon les principaux motifs de consultation

Tableau VI : Répartition des enfants selon la durée des principaux symptômes

Tableau VII : Répartition des enfants selon le traitement administré à domicile avant la visite au site ASC

Tableau VIII : Répartition des enfants selon le TDR réalisé pour suspicion de paludisme (fièvre ou antécédent de fièvre)

Tableau IX : Répartition des enfants selon état nutritionnel

Tableau X : Répartition des enfants selon les diagnostics retenus et traités par l'ASC

Tableau XI : Répartition des enfants par tranche d'âge selon les principaux diagnostics

Tableau XII : Répartition des principales maladies infectieuses de l'enfant selon la présence ou antécédent de fièvre

Tableau XIII : Répartition des enfants référés selon les motifs de référence de l'ASC

Tableau XIV : Répartition des enfants selon le respect des procédures normes et politiques du paquet d'activité de l'ASC

Tableau XV : Répartition des sites par rapport à la conformité de diagnostic

Tableau XVI : Répartition selon le respect des normes de protocole et par site ASC

Tableau XVII : Répartition selon le respect du RDV

Tableau XVIII : Répartition des parents selon le respect de la posologie des médicaments dans les différents sites

Tableau XIX : Répartition selon le devenir des enfants

Tableau XX : Répartition des femmes selon le site ASC

Tableau XXI : Répartition des mères selon la connaissance des taches de l'ASC

Tableau XXII : Répartition selon la fréquentation du site ASC par les femmes pour soins aux enfants malades et le niveau de satisfaction des femmes après prestations des soins par l'ASC

Tableau XXIII : Répartition selon la raison de recours à d'autres structures de santé

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon les avantages évoqués sur la stratégie SEC

TABLE DES MATIERES

1. Contexte et Justification	1
2. Hypothèse de recherche.....	8
3. Objectifs.....	8
3.1. Objectif général.....	8
3.2. Objectifs spécifiques	8
4. Méthodologie.....	9
4.1. Lieu.....	9
4.2. Type.....	9
4.3. Période.....	9
4.4. Critères d'inclusion	9
4.5. Critères de non-inclusion	9
4.6. Echantillonnage.....	10
4.7. Collecte, saisie et analyse des données	10
4.8. Ethique	10
5. Résultats.....	11
5.1. Enquête PEC des enfants malades	11
5.1.1. Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des enfants 11	
5.1.2. Fréquence des motifs de consultation et de diagnostic chez les enfants de moins de cinq ans dans la stratégie SEC.....	12
5.1.3. Qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC 17	
5.2. Enquête communautaire.....	21

5.2.1. Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des mères ou gardiennes d'enfants	21
5.2.2. Connaissance des taches de l'ASC par les mères ou gardiennes d'enfants	22
5.2.3. Taux d'utilisation par la communauté des services de prise en charge des maladies de l'enfant offerts par les ASC.....	23
6. Commentaires et discussion	25
6.1. PEC des enfants malades	25
6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enfants.....	25
6.1.2. Fréquence des motifs de consultation et de diagnostic.....	25
6.1.3. Qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC	28
6.2. Enquête communautaire.....	29
6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes.....	29
6.2.2. Connaissance des taches de l'ASC par les mères d'enfants..	29
Conclusion	31
RÉFÉRENCES	33
Fiche signalétique	37
Annexe	40

1. Contexte et Justification

La majorité de la population mondiale vit maintenant dans des zones urbaines [1]. Alors que l'Afrique reste essentiellement rurale, le continent s'urbanise plus vite que d'autres régions et devrait devenir urbain à 56 % d'ici 2050 [1]. Au Mali selon les résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans [2]. Cette population a atteint les 16.807.003 habitants en 2013 [3]. Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire : les nomades représentent 0,92% de la population. Elle vit essentiellement en milieu rural : le milieu urbain compte 3.274.727 résidants (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural [4]. Le retard dans l'accès à des soins efficaces a été corrélé avec une augmentation de la mortalité des enfants de moins de 5ans due au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à l'asphyxie néonatale [5]. La conception fragile et médiocre des systèmes de santé crée des obstacles à l'accès rapide aux soins [6]. Les coûts des établissements de soins sont associés à la diminution et au retard dans l'accès aux soins et la suppression des frais médicaux est en corrélation avec l'augmentation des recours aux soins de santé, en particulier parmi les pauvres [7]. L'insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé, l'inégalité des genres, l'insuffisance des infrastructures et la pauvreté entravent également l'accès aux soins [6]. La distance géographique, bien qu'un obstacle plus important dans les contextes ruraux, peut encore entraver l'accès aux soins pour les pauvres des zones urbaines [8].

En conséquence, les prestations de santé effectuées seulement dans les établissements de soins, tant dans les régions rurales que urbaines, ne fournissent en général pas un accès aux soins adéquats, rapides et équitables [9]. La prise en charge des cas dans la communauté ou Soins Essentiels Communautaires (SEC), supprime les obstacles à l'accès aux soins par la formation et le soutien des Agents de Santé Communautaire (ASC) pour diagnostiquer, traiter et diriger les enfants malades vers les spécialistes des communautés dans lesquelles ils vivent. Depuis 2004, l'OMS et l'UNICEF ont publié des déclarations conjointes pour soutenir les SEC dans le cadre du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, de la malnutrition aiguë et de la survie des nouveaux nés. Ces déclarations sont fondées sur un ensemble de données probantes montrant que la stratégie SEC est efficace dans l'augmentation des recours aux soins, la réduction des taux d'échec du traitement et la réduction de la mortalité due au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie et la mortalité toutes causes confondues [10].

Les programmes SEC diffèrent à bien des égards, y compris dans le flux de travail des ASC, le recrutement, la formation, l'intégration des systèmes de santé, la supervision et la rémunération [11]. Cependant, un modèle particulier émerge entre les politiques et les plans SEC en Afrique subsaharienne. Au Mali, au Libéria, au Ghana, au Burkina Faso, en Ethiopie, au Malawi et dans d'autres pays, la stratégie SEC a été utilisée comme une stratégie pour améliorer la santé de l'enfant principalement dans des milieux ruraux. Les efforts nationaux pour développer les SEC à grande échelle ont été confrontés à des défis importants et les avantages attendus de la stratégie SEC n'ont pas été observés dans toutes les circonstances [12].

Trois évaluations récentes indépendantes de programmes nationaux SEC au Burkina Faso, en Éthiopie et au Malawi n'ont montré aucun impact important sur le recours aux soins ou sur la mortalité infantile [13].

Les ASC ont montré qu'ils pouvaient améliorer les taux de l'allaitement maternel exclusif, le poids des nourrissons et le recours aux soins prénataux et postnataux grâce aux visites à domicile dans une zone périurbaine d'Afrique du Sud [14]. Le programme BRAC Manoshi a réduit significativement les accouchements à domicile, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale par le biais de visites à domicile des ASC dans des bidonvilles du Bangladesh [15]. L'étude proactive de cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali a trouvé 154 décès pour 1000 naissances vivantes en 2008 avant l'intervention ProSEC et à 7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015, 7 ans après le lancement de l'intervention dans la zone d'étude [5]. Le Mali a le sixième taux le plus élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans, estimé à 114 décès/1 000 naissances vivantes en 2015 [16].

Au départ, le secteur public a fourni des soins primaires grâce à un centre de santé communautaire équipé d'une salle de consultation, d'un dispensaire, d'une salle d'observation et de deux salles pour le travail et l'accouchement. Des volontaires locaux, connus sous le nom de *relais*, ont été formés par le ministère de la santé pour partager les principaux messages sur la santé maternelle et infantile avec d'autres membres de la communauté. Au départ, il n'y avait pas d'ASC pour fournir une gestion communautaire des maladies de l'enfant [4].

Selon la Loi 02-049 AN RM portant loi d'orientation sur la santé au Mali du 22 juillet 2002, la Politique Nationale de Santé du Mali repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. La politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'Initiative de Bamako et sur la Stratégie africaine de développement sanitaire [4]. Ces orientations ont été prises en compte dans le nouveau Plan Décennal Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 dont la première tranche quinquennale, le PRODESS III a été validé au mois de Juin 2014. La mise à échelle de la stratégie des SEC est une des interventions prioritaires de ce plan [4].

Le système de santé est actuellement organisé de manière pyramidale et hiérarchisé avec, à la base les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) au nombre de 1.151 offrant un Paquet Minimum d'Activités (PMA) et constituant le premier niveau de contact de la population. Les services offerts par les Agents de Santé Communautaires (ASC) à travers les SEC sont ainsi considérés comme une prolongation des CSCoM [4].

Trois niveaux de référence sont définis : Centres de Santé de Référence (CSRéf), Hôpitaux Régionaux et les Etablissements hospitaliers à vocation générale et à vocation spécialisée [4].

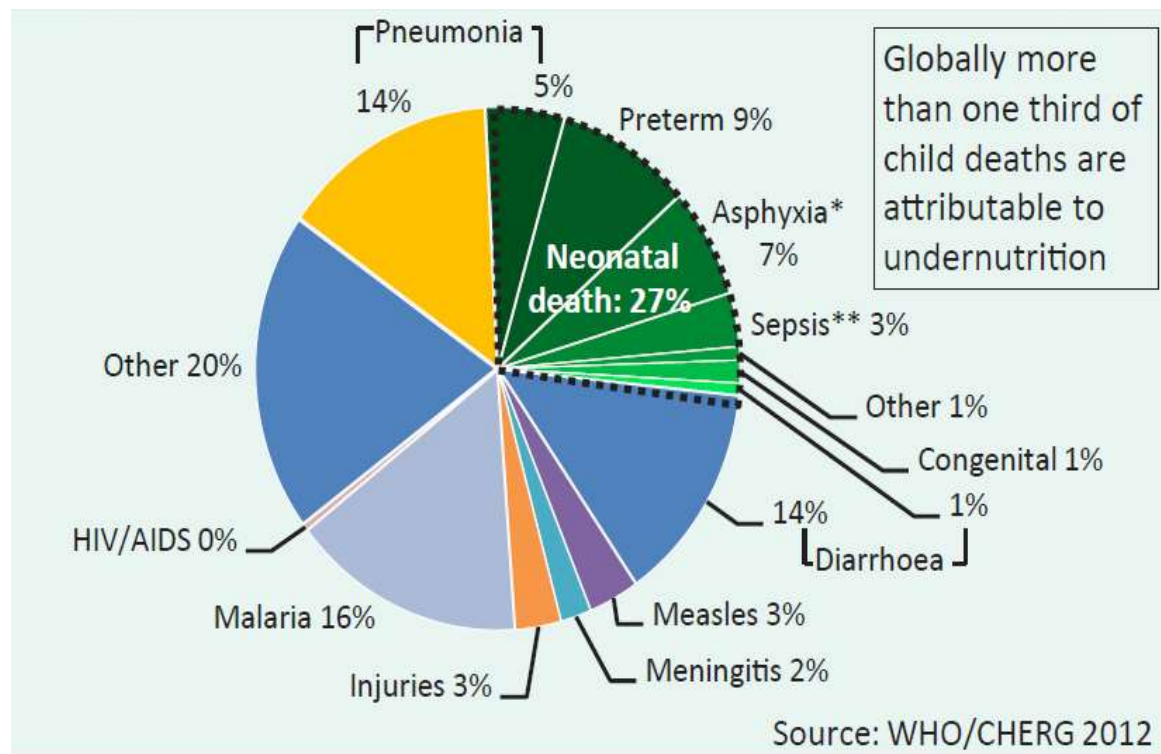
Les indicateurs montrent un changement positif au cours des six dernières années entre EDSM-IV à EDSM-V :

□ Selon EDSM IV de 2006, le Taux de mortalité infantile était de 96 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans était de 191 pour 1000 naissances vivantes.

□ Selon EDSM V, 2012-2013, le risque de mortalité infantile est évalué à 58 pour 1000 naissances vivantes. Ce niveau se décompose de la manière suivante : 35 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale et 23 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 42 pour 1000 naissances vivantes.

Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 98 pour 1000 naissances vivantes pour l'ensemble des cinq régions du Sud, à savoir Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le district de Bamako. En d'autres termes, environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans [4]. En 2012 le taux de fréquentation des structures de santé au Mali était de 0,31 nouveaux-cas par habitant par an [17].

Toutefois, la problématique de la mortalité infanto-juvénile demeure un défi. Les principales causes des décès chez les enfants de moins de 5 ans au Mali sont présentées à la Figure 1. Les infections respiratoires aiguës (19%), le paludisme (16%), les maladies diarrhéiques (15%) prennent les premières places sur fond de malnutrition. La plupart de ces décès surviennent dans les ménages et sont dus au non-recours ou aux recours tardifs aux services de santé [18].



*Intrapartum-related events **Sepsis/meningitis/tetanus

Figure 1. Causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali en 2010 [18]

Il est possible d'inverser la tendance car il a été démontré que la majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un nombre restreint d'affections courantes qu'on peut prévenir ou traiter et les actions pour les combattre existent et doivent être portées à échelle.

La mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile reste encore un problème de santé publique dans le monde, surtout en Afrique au sud du Sahara. Au Mali, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires, l'atteinte des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD), en particulier ceux relatifs à la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) et maternelle (OMD 5) restent problématiques [4].

C'est aux dépens de ces constats que nous avons initié cette étude afin d'évaluer la prise en charge des maladies de l'enfant dans la communauté par les ASC.

➤ **Définition des concepts**

Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) se définissent comme suit « l'ensemble des services et des actions préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables, accessibles géographiquement et financièrement, mis en œuvre avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité au niveau des ménages et des familles » [4 ; 19 ; 20].

Agents de Santé Communautaire (ASC)

L'Agent de Santé Communautaire (ASC) est un membre de la communauté (homme ou femme) recruté par l'équipe de coordination du SEC niveau aire de santé détenteur d'au moins le niveau 9ème année fondamental et être détenteur d'au moins un certificat / attestation d'aide-soignant ou de matrone. Il doit être capable de conduire un engin roulant et pouvoir vivre dans la communauté et parler la langue locale [4 ; 19 ; 20].

Le paquet de l'ASC (préventif, promotionnel et curatif)

Le paquet de l'ASC est composé du paquet du relais, associé aux Soins Simples du Nouveau-né, la prise en charge de la malnutrition modérée et de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) sans complication, la prise en charge à base communautaire du paludisme simple après diagnostic chez les enfants et adultes (Test de diagnostic Rapide), la diarrhée, les infections respiratoires aigües. Dans le domaine de la planification familiale, il est retenu l'administration de produits PF y compris les injectables et l'implanon NXT, ce dernier pour les régions du nord uniquement. En 2019, deux nouveaux besoins ont été ajoutés au paquet de l'ASC, il s'agit de suivi des PVVIH et le suivi des malades tuberculeux [4 ; 19 ; 20].

L'ASC participera à l'administration de produits et la distribution d'intrants pendant les campagnes de masse (vit A et Vaccin Polio Oral et autres vaccins, déparasitant, MILD...), à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (SIMR) à travers la notification et sera responsable de la tenue correcte et régulière des supports de données puis l'envoi au CSCoM [4 ; 19 ; 20].

L'approche communautaire dans le cadre du SEC est l'ensemble des activités menées pour qu'une communauté participe à la mise en place, à l'utilisation et à la gestion des services SEC. Pour ce faire, les ASACO, les DTC et éventuellement les partenaires techniques et financiers tiennent des rencontres avec les leaders villageois. Lors de ces rencontres, les rôles et responsabilités assignés à chaque acteur de mise en œuvre sont clarifiés et convenus [4].

Le Village Site est le village où un ASC est basée. Il est en principe situé à 5km ou plus d'un CSCoM ou dans une zone dont l'emplacement géographique rend difficile d'accès. En principe, il est le plus gros village du site en termes de population [4].

Le Village Satellite est un village situé dans un rayon de 3 à 4 km du village site et qui reçoit les services de l'ASC en stratégie avancée [4].

Le Site ASC est l'ensemble du Village Site de l'ASC et des Villages Satellites. La population cumulée du Site ASC est d'environ 1.500 habitants [4].

2. Hypothèse de recherche

La stratégie SEC serait efficace dans l'augmentation des recours aux soins et la réduction de la mortalité due au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie et la mortalité toutes causes confondues.

Les ASC seraient des acteurs importants dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant.

Le SEC contribuerait à l'amélioration de la santé de l'enfant principalement dans les milieux ruraux.

3. Objectifs

3.1. Objectif général

Evaluer l'impact de la prise en charge des enfants malades par les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la commune rurale de Sagabala.

3.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des motifs de consultation et de diagnostic chez les enfants de moins de cinq ans dans la stratégie SEC.
- Evaluer la qualité de prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC.
- Déterminer le taux d'utilisation par la communauté des services de prise en charge des maladies de l'enfant offerts par les ASC.

4. Méthodologie

4.1. Lieu

La commune rurale de Sagabala est dans le cercle de Kolokani, région de Koulikoro, située sur la RN3 et à 200 km de Bamako. Elle regroupe 4 aires de santé fonctionnelles en 2020 avec une population de 16 011 habitants selon RGPH4. Les habitants sont en majorité constitués d'agriculteurs et éleveurs. Le climat offre un caractère continental très marqué avec deux saisons bien tranchées, une saison des pluies et une saison sèche. Un site ASC par aire de santé a été sélectionné soit un total de 4 sites ASC sur les 5, qui sont Bouatou dans l'aire de santé de Sagabale, Dothiana dans l'aire de santé de Dougabougou, Marabougou dans l'aire de santé de Segué et Tiemabougou dans l'aire de santé de Samatara. La population de ces sites ASC compte 3365 habitants.

4.2. Type

Il s'agissait d'une étude transversale et retro prospective descriptive.

4.3. Période

L'enquête des mères ou gardiennes d'enfants s'est déroulée entre Mars et Avril 2021. La partie rétrospective concernait les données des fiches individuelles de prise en charge de l'enfant malade du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2020.

4.4. Critères d'inclusion

- Les fiches de prise en charge des enfants (0 à 59 mois) malades vus par les ASC courant Janvier à Décembre 2020 ont été examinées
- Les mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans résidentes dans les sites ASC et ayant accepté de participer à l'étude.

4.5. Critères de non-inclusion

- Les fiches techniques individuelles des enfants de plus de cinq ans vus par l'ASC

- Les mères ou gardiennes d'enfants de 0 à 59 mois n'ayant pas accepté de participer à l'étude
- Les mères/gardiennes ayant des enfants de plus de cinq ans
- Les mères/gardiennes d'enfants résidentes en dehors des sites ASC.

4.6. Echantillonnage

Toutes les fiches individuelles de prise en charge de l'enfant malade du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2020 ont été étudiées.

Cinq pour cent (5%) des femmes de chaque site ASC ont été questionnées entre Mars et Avril 2021 soient un total de 168 femmes.

4.7. Collecte, saisie et analyse des données

Les collectes ont été faites sur deux questionnaires préétablies dont le 1^{er} pour étudier les fiches individuelles de prise en charge des enfants malades dans chaque site ASC et le second pour enquêter auprès des mères ou gardiennes d'enfants. Les saisies et les analyses ont été réalisées sur les logiciels Access 2016 et SPSS 22. Le test du khi2 a été utilisé au seuil de signification de 5% pour comparer les proportions.

4.8. Ethique

Un consentement collectif était obtenu auprès des autorités coutumières et administratives (Chefs des villages et le maire) avant le début de l'étude.

Le consentement de chaque participante était obtenu.

L'anonymat des identités des participantes sur les fiches d'enquêtes était respecté.

5. Résultats

5.1. Enquête PEC des enfants malades

5.1.1. Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des enfants

Tableau I : Répartition selon la population cible des enfants de 0 à 59 mois dans les sites ASC

Sites ASC	Population totale	Cible* (0-59 mois)	
Bouatou	740	133	(22%)
Dothiana	511	92	(15%)
Marabougou	1558	280	(46%)
Tiemabougou	556	100	(17%)
Total	3365	605	(100%)

La cible totale était de 605 habitants.

***Cible : 18% de la Population totale**

Tableau II : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	124	44,1
Masculin	157	55,9
Total	281	100

Le sexe masculin était le plus représenté (55,9 %) avec une sex-ratio de 1,3 (157/123).

Tableau III : Répartition des enfants selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0 à 11 mois	53	18,9
12 à 24 mois	70	24,9
25 à 59 mois	158	56,2
Total	281	100

Les enfants de 25 à 59 mois étaient les plus représentés avec 56,2%. L'âge moyen est de 32 mois

5.1.2. Fréquence des motifs de consultation et de diagnostic chez les enfants de moins de cinq ans dans la stratégie SEC

Tableau IV : Répartition des enfants selon la fréquentation du site ASC

Fréquentation/Site ASC	Effectif	Pourcentage	Cible
Bouatou	88	66,2	133
Dothiana	100	108,7	92
Marabougou	75	26,8	280
Tiemabougou	18	18,0	100
Total	281	46,4	605

Parmi les sites ASC, seul Dothiana a atteint et dépassé sa cible avec 108,7%.

Tableau V : Répartition des enfants selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Fièvre	263	49,5
Toux/Rhume	170	32
Diarrhée	57	10,7
Autres troubles digestifs (diarrhée <i>sanguinolente</i> , douleur abdominale, vomissements incoercible)	15	2,8
Céphalée	14	2,6
Frissons	5	0,9
OMI	3	0,6
Convulsion	2	0,4
Somnolence	1	0,2
Douleur auriculaire	1	0,2
Total	531	100

La fièvre était le motif le plus fréquent de consultation avec 49,5%.

Tableau VI : Répartition des enfants selon la durée des principaux symptômes

Durée des Symptômes	Fièvre		Toux/rhume		Diarrhée	
	n	%	n	%	n	%
Moins de 3 jours	197	74,9	81	47,6	43	75,4
3 à 7 jours	64	24,3	88	51,8	13	22,8
8 à 14 jours	1	0,4	1	0,6	1	1,8
15 jours et plus	1	0,4	0	0	0	0
Total	263	100	170	100	57	100

Dans la plupart des cas, la consultation avait eu lieu dans les deux jours suivant le début des symptômes.

Tableau VII : Répartition des enfants selon le traitement administré à domicile avant la visite au site ASC

Traitement à domicile	Fièvre		Toux/rhume		Diarrhée	
	n	%	n	%	n	%
Oui	108	41,1	21	12,4	8	14
Non	155	58,9	149	87,6	49	86
Total	263	100	170	100	57	100

Le traitement entrepris à domicile a été plus observé devant la fièvre avec 41,1% par rapport aux autres symptômes.

Tableau VIII : Répartition des enfants selon le TDR réalisé pour suspicion de paludisme devant la fièvre ou antécédent de fièvre

TDR paludisme/fièvre	Effectif	Pourcentage
Négatif	115	43,7
Positif	128	48,7
Non fait	20	7,6
Total	263	100

Le TDR a été effectué devant la fièvre chez 92,3% des enfants soit 243 cas.

Tableau IX : Répartition des enfants selon l'état nutritionnel

Etat nutritionnel	Effectif	Pourcentage
Bon	257	94,5
MAM	8	2,9
MAS	7	2,6
Total	272	100

La malnutrition a été observée chez 5,5% des enfants.

Tableau X : Répartition des enfants selon les diagnostics retenus et traités par l'ASC

Diagnostics	Effectif (n=281)	Pourcentage
Paludisme simple	135	48
Toux/Rhume	85	30,2
Pneumonie	84	29,9
Diarrhée simple	50	17,8
MAM	8	2,8
MAS sans complication	5	1,8

Le paludisme représentait la maladie la plus fréquente au niveau des sites ASC avec 48%.

Tableau XI : Répartition des enfants par tranche d'âge selon les diagnostics

Diagnostics	0 à 11 mois		12 à 24 mois		25 à 59 mois		p
	n	%	n	%	n	%	
Pneumonie	25	29,8	24	28,6	35	41,7	0,002
Paludisme simple	6	4,4	25	18,5	104	77	0,000
Toux/Rhume	19	22,4	15	17,7	51	60	0,160
Diarrhée simple	17	34,0	19	38,0	14	28	0,001
MAM	3	37,5	5	62,5	0	0	
MAS sans complication	3	60	2	40	0	0	0,004

La pneumonie, le paludisme simple et la toux/rhume étaient plus fréquents dans la tranche d'âge 25-59 mois contre la diarrhée et la malnutrition dans la tranche d'âge respectivement 12 à 24 mois et 0-11 mois.

Tableau XII : Répartition des principales maladies infectieuses de l'enfant selon la présence ou antécédent de fièvre

Maladies infectieuses de l'enfant	Fièvre ou antécédent de fièvre		Total	p
	Effectif	Pourcentage		
Pneumonie	81	95,24	84	0,250
Toux/Rhume	77	90,59	85	0,190
Paludisme simple	135	100	135	0,000
Diarrhée simple	42	84	50	0,006

Dans tous les cas, la fièvre ou antécédent de fièvre accompagnait le paludisme.

Tableau XIII : Répartition des enfants selon les motifs de référence

Motifs de référence	Effectif	Pourcentage
Fièvre à référer	9	34,6
Troubles digestifs (vomissement incoercible, diarrhée sanguinolente...)	7	26,9
Cedème Membre Inferieur (OMI)	3	11,5
MAS avec complication	2	7,7
Paludisme grave	2	7,7
Convulsion	1	3,8
Somnolence	1	3,8
Douleur auriculaire	1	3,8
Total	26	100

Les fièvres à référer étaient fréquentes avec 34,6% suivis des troubles digestifs avec 26,9%.

5.1.3. Qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC

Tableau XIV : Répartition des enfants selon le respect des procédures normes et politiques du paquet d'activités de l'ASC

Respect des normes	Effectif	Pourcentage	Total
Diagnostic correct	254	90,4	281
Calendrier PEV	223	79,4	281
Administration vit A	147	50,3	281
Référé	26	100	26
Protocole	230	90,2	255
RDV	224	87,8	255
Posologie	224	100	224

Les motifs de référence et les posologies des médicaments étaient respectés dans 100% des cas contre 50% dans l'administration de la Vitamine A.

Tableau XV : Répartition des sites par rapport à la conformité de diagnostic

Sites ASC	Diagnostic correct		Total
	Effectif	Pourcentage	
Bouatou	85	96,6	88
Dothiana	77	77	100
Marabougou	74	98,7	75
Tiemabougou	18	100	18
Total	254	90,4	281

p= 0,00

Après analyse des fiches de prise en charge des enfants, le diagnostic était correct dans les autres sites à plus de 90% des cas contre 77% dans le site de Dothiana.

Tableau XVI : Répartition des sites par rapport au respect des normes du protocole de traitement

Sites ASC	Respect du protocole de traitement		Total
	Effectif	Pourcentage	
Bouatou	84	100	84
Dothiana	68	75,6	90
Marabougou	60	95,2	63
Tiemabougou	18	100	18
Total	230	90,2	255

p=0,00

Parmi ceux qui ont été pris en charge, le protocole était respecté dans plus de 95% des cas en dehors du site de Dothiana qui était à 75,6%.

Tableau XVII : Répartition selon le respect du RDV par les mères

Sites ASC	RDV respecté		Total
	Effectif	Pourcentage	
Bouatou	83	98,8	84
Dothiana	75	83,3	90
Marabougou	61	96,8	63
Tiemabougou	5	27,8	18
Total	224	87,8	255

p= 0,00

Le RDV donné par les ASC était respecté dans plus de 83% des enfants traités dans tous les sites sauf celui de Tiemabougou qui était à 27%.

Tableau XVIII : Répartition des parents selon le respect de la posologie des médicaments dans les différents sites

Parents/Sites ASC	Posologie respectée		Total
	Effectif	Pourcentage	
Bouatou	83	100	83
Dothiana	75	100	75
Marabougou	61	100	61
Tiemabougou	5	100	5
Total	224	100	224

La posologie était respectée par les parents dans 100% des cas.

Tableau XIX : Répartition selon le devenir des enfants

Devenir de l'enfant	Effectif	Pourcentage
Guéri	224	79,7
Référé	26	9,3
Perdu de vue	31	11
Total	281	100

Les perdus de vue étaient de 11%. Les enfants guéris avaient tous respecté le RDV.

5.2. Enquête communautaire

5.2.1. Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des mères ou gardiennes d'enfants

Au total 172 femmes ont été enquêtées, elles étaient toutes mariées et ménagères. Seulement 0,6% et 13% avaient respectivement le niveau secondaire et primaire contre 86% des non scolarisées.

Tableau XX : Répartition des femmes selon le site ASC

Site ASC/Femmes	Effectif	Pourcentage
Marabougou	74	43
Bouatou	42	24,4
Dothiana	28	16,3
Tiemabougou	28	16,3
Total	172	100

Les femmes de l'aire du site de Marabougou étaient plus représentées avec 43%.

5.2.2. Connaissance des taches de l'ASC par les mères ou gardiennes d'enfants

Tableau XXI : Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon leur connaissance sur les taches de l'ASC

Connaissance des mères/ gardiennes sur taches de l'ASC	Oui		Non	
	n	%	n	%
Relais	0	0	172	100
Agent de santé	24	14	148	86
Soigner les enfants	161	93,6	11	6,4
PSEFH	49	28,5	123	71,5
PF	33	19,2	139	80,8
PEC malnutrition	26	15,1	146	84,9
Ne sait pas	3	1,7	169	98,3

Les rôles les plus connus de l'ASC par les mères d'enfants étaient de soigner les enfants (93,6%) et la promotion de la santé de l'enfant, de la femme et de l'hygiène (PSEFH) (28,5%).

5.2.3. Taux d'utilisation par la communauté des services de prise en charge des maladies de l'enfant offerts par les ASC

Tableau XXII : Répartition selon la fréquentation des sites ASC par les femmes pour soins aux enfants malades et leur niveau de satisfaction

Utilisation des sites ASC	Effectif	Pourcentage	Total
Femmes avec enfant malade	141	82	172
Femmes ayant visité site ASC avec enfant malade	131	92,9	141
Satisfaites de la prestation ASC	130	99,2	131
Pas de satisfaction	1	0,8	131

Le taux de fréquentation des sites ASC par les femmes était de 92,9%. Parmi les mères avec enfant malade et ayant visité le site ASC 99,2% étaient satisfaites contre 0,8% non satisfaites (à cause du décès de son enfant après avoir été référée au CSCCom).

Tableau XXIII : Répartition selon la raison de recours à d'autres structures de santé autre que le site ASC

Raisons/recours à d'autres centres	Effectif	Pourcentage
Préférence CSCCom	1	11
Gravité de la maladie	3	34
Méconnaissance de l'ASC	1	11
Non disponibilité de l'ASC	4	44
Total	9	100

La raison la plus évoquée par les femmes (6,38%) ayant recouru directement aux centres de santé étaient la non disponibilité de l'ASC dans 44% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon les avantages évoqués sur la stratégie SEC

Avantages évoqués sur la stratégie SEC	Effectif	Pourcentage
Amélioration de la santé communautaire	71	41,3
Rapprochement des soins à la communauté	46	26,7
Amélioration des bonnes pratiques familiales essentielles	40	23,3
Socio-économiques	14	8,1
Pas d'avantages	1	0,6
Total	172	100

Les avantages les plus évoqués étaient l'amélioration de la santé communautaire dans 41,3% contre seulement 0,6% qui n'ont évoqué aucun avantage.

6. Commentaires et discussion

6.1. PEC des enfants malades

6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Au total la fiche de prise en charge de 281 enfants malades a été étudiée. La sex-ratio était en faveur des hommes et la tranche d'âge 25 à 59 mois était la plus fréquente, ce résultat est comparable à celui de Dagnoko S. qui a trouvé une sex-ratio de 1,03 et une tranche de 24 à 59 mois à 54% [21].

Par contre nos résultats sont différents à ceux de Konaté A. et al qui ont trouvé une sex-ratio de 1,53 en faveur des hommes et la tranche d'âge 3 à 24 mois était la plus représentée dans leur étude [22]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Konaté A. et al a été réalisée dans 3 CSCom de régions différentes et a concerné les maladies fébriles des enfants, or notre étude a été réalisée dans une même commune et concernait l'ensemble des maladies des enfants

6.1.2. Fréquence des motifs de consultation et de diagnostic

Le taux de fréquentation des sites ASC était de 46,4%. Ce taux est au-dessus du taux national qui est de 25-30% pour les maladies infantiles en 2013 [4]. Seul le site de Douthiana avait atteint sa cible et même dépassé. Cela pourrait s'expliquer par la fréquentation du site ASC par des familles nomades hors aire tels que les peulhs qui viennent pour le pâturage des animaux.

Le site ASC de Tiemabougou était le moins fréquenté. La présence des cabinets privés de soins et des maternités rurales dans ce milieu aurait eu un impact sur la fréquentation du site.

La fièvre était le motif de consultation le plus fréquent. Ce taux était largement supérieur à celui de Johnson AD. et collaborateur en 2015 qui ont apporté un taux de 22,6% de cas de fièvre pris en charge dans la communauté [23].

Les résultats de l'EDSM-VI montrent que ce sont les IRA qui ont le moins fréquemment affecté les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview (2% contre 16% pour la fièvre et 17% pour la diarrhée) [24].

Dans la plupart des cas, la consultation avait eu lieu dans les deux jours suivant le début des symptômes tel que : la fièvre et la diarrhée. Par contre un peu plus de la moitié des cas de toux et rhume, la consultation avait eu lieu entre 3 et 7 jours. Konaté A. et al ont apporté en 2021 que le délai de recours des enfants fébriles de 3 à 59 mois à la consultation médicale est inférieur ou égal à 7 jours dans 94% des malades suivant le début de la fièvre [22].

Parmi les autres motifs, le problème digestif était le plus représenté suivi de céphalée. Dans les zones rurales le paludisme et les gastro-entérites sont les plus fréquentes et se manifestent le plus souvent en plus de la fièvre par les troubles digestifs et des céphalées.

Le traitement entrepris à domicile était plus observé devant la fièvre par rapport aux autres symptômes : la toux/rhume et la diarrhée. Devant la crainte des signes de dangers tels que les convulsions, les mères d'enfants font recours à des traitements à domicile pour casser la fièvre avant d'arriver dans les centres de santé mais dans la majorité des cas ces traitements ne proviennent que de la vente illicite des médicaments.

Le TDR était effectué chez 92,3% des enfants soit chez 243 cas sur les 263 cas fébriles. Notre taux était légèrement inférieur à celui de Dagnoko S. où le TDR a été effectué chez 96% des enfants atteints de la fièvre [21].

Le taux de test biologique du paludisme était encourageant. Tout malade suspect de paludisme doit bénéficier d'une confirmation biologique avant une prescription d'antipaludique [25].

Le dépistage de la malnutrition était systématique chez les 6 à 59 mois. L'état nutritionnel des enfants était bon dans la majorité des cas.

Selon EDS VI, la prévalence de la malnutrition aigüe ou émaciation, est de 9% dont 3% de cas sévères [24].

Le paludisme représentait la maladie la plus fréquente au niveau des sites ASC suivi de la toux/rhume et la pneumonie. Notre constat était similaire à celui de Konaté A. et al qui ont rapporté le paludisme comme étant la pathologie fébrile la plus présente avec 47,5% suivi des IRA 26,71% chez les enfants de 6 à 59 mois [22]. Ce résultat était différent de celui de Dagnoko S. qui a trouvé 20% pour IRA suivi de Paludisme avec 17% [21].

Malgré les efforts fournis par le gouvernement malien et ses partenaires (distribution de MILD, campagne de CPS, prise de SP par les femmes enceintes), le paludisme reste encore fréquent. Cet état de fait pourrait être expliqué par l'insalubrité, la stagnation des eaux qui assurent le développement des moustiques, mais aussi l'insuffisance dans l'utilisation des MILD, la prise incomplète des comprimés de CPS.

Nous avons remarqué qu'à part la diarrhée, la proportion des autres pathologies était plus élevée à partir de 25 mois. Notre résultat était similaire à celui de Konaté A. qui a trouvé 82% de cas de paludisme chez

les enfants de 25 à 59 mois [22]. Le lait maternel aurait joué un rôle important dans la prévention des enfants contre les maladies.

A partir de 25 mois les enfants ne sont plus au sein ce qui diminuerait l'anticorps maternel alors qu'ils n'ont pas acquis leur immunité mature.

La fièvre à référer c'est-à-dire dont les causes n'étaient élucidées ou la prise en charge ne faisait pas partie du paquet d'activité de l'ASC était fréquente suivie des problèmes digestifs. La fièvre est un signe non spécifique et commun aux pathologies infectieuses en général dont certaines ne relèvent pas de la compétence de l'ASC.

6.1.3. Qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant par les ASC

Les motifs de référence et les posologies des médicaments étaient respectés dans 100% des cas contre 50% dans l'administration de la Vitamine A qui sera liée dès fois à la rupture de celle-ci ou le non-respect des rendez-vous par les mères d'enfants aux séances de vaccination. Le rendez-vous était donné dans plus de trois quarts des cas. Des efforts étaient consentis à ce niveau car le rendez-vous fait partie intégrante dans la prise en charge des enfants même pour ceux qui sont en bonne santé pour assurer le suivi des enfants sains, or nous constatons de façon générale un désintérêt des parents au respect de ces rendez-vous une fois qu'il y a une amélioration chez leur malade.

Les insuffisances très peu rencontrées par endroit étaient la prise non systématique de la fréquence respiratoire et la réalisation non systématique des tests rapides du paludisme chez les malades fébriles.

Les perdus de vue étaient constatés dans un site ASC qui seraient dus à l'instabilité de l'agent mais aussi de la population nomade du milieu.

La totalité des enfants malades ayant respecté le RDV était guérie.

6.2. Enquête communautaire

6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Le nombre de femmes ayant participé à l'enquête communautaire était de 172 réparties entre les sites ASC. La majorité était non scolarisée.

Selon Dembélé D, la majorité des bénéficiaires n'a aucun niveau de scolarité (41) soit 53,9% ; 26 (34,2%) a le niveau primaire et 9 (11,8%) le niveau secondaire [26]. Selon Dagnoko S, parmi les mères d'enfants enquêtées, 74% sont sans niveau d'instruction et 69% sont des ménagères [21].

Au niveau rural la scolarisation des filles pose encore des problèmes, liés aux pesanteurs socio-culturels (travaux domestiques, champêtres et au mariage précoce). Ce qui pourrait entraver l'amélioration de la qualité de santé en milieu rural, d'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la stratégie SEC dans la politique de la santé.

6.2.2. Connaissance des taches de l'ASC par les mères d'enfants

Le rôle de soigner les enfants malades par les ASC était le plus connu par les mères. Cela pourrait être expliqué par le fait que cette activité était plus préconisée par les ASC par rapport aux autres taches du paquet.

Taux de fréquentation des sites ASC par les mères : Parmi les mères des enfants qui étaient malades pendant la période d'enquête, la majorité avaient sollicité le service de l'ASC. La majorité de ces femmes était satisfaite. Cela pourrait s'expliquer par la maîtrise de la fiche individuelle de prise en charge et la bonne qualité de communication interpersonnelle des ASC.

Ce taux était similaire à celui de Dembélé D. dont 98,6% des mères sont satisfaites de la qualité de la prise en charge de la malnutrition par les ASC [26]. Dans notre étude seule une femme n'était pas satisfaite en raison du décès de son enfant après avoir été référé au CSCCom.

Preuve que les prestations de l'ASC sont de qualité mais à condition que le recours soit précoce.

Les raisons évoquées par 5% des femmes qui avaient recouru au CSCCom sans passer par le site ASC étaient la non disponibilité de l'ASC, la gravité de la maladie, la confiance au CscCom. La non disponibilité de l'ASC pourrait être due à l'absence des motivations financières suite à l'arrêt du financement de la stratégie SEC par les partenaires dans le district sanitaire de Kolokani. L'insuffisance d'initiative communautaire et de l'état constituent un risque pour la pérennisation de la stratégie SEC.

Quant à l'avantage lié à la stratégie SEC, seule une femme n'avait évoqué aucun avantage. Les principaux avantages cités par les mères d'enfants étaient : l'amélioration de la santé communautaire, le rapprochement des soins à la communauté, l'amélioration des bonnes pratiques familiales essentielles et l'amélioration des conditions socio-économiques. Ces avantages évoqués par les mères sont en phase avec les objectifs recherchés par l'état et ses partenaires dans le cadre de la stratégie SEC.

Selon Jonshon AD. et al, la prévalence des maladies fébriles chez les enfants de 0 à 5 ans a chuté après 7 ans d'intervention, de 39.7% au départ, à 22.6% en 2015 (OR 0.448, P<0.0001). Les communautés dans lesquelles la ProSEC a été mise en place ont atteint un taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans égal ou inférieur à 28/1000 depuis 6 ans. En 2015, la mortalité des enfants 0 à 5 ans était de 7/1000 (HR 0.039, P <0.0001) [23].

Conclusion

La prise en charge des cas dans la communauté ou soins essentiels communautaires (SEC), supprime les obstacles à l'accès aux soins par la formation et le soutien des Agents de Santé Communautaire (ASC) pour diagnostiquer, traiter et diriger les enfants malades vers les spécialistes des communautés dans lesquelles ils vivent. Dans notre étude la prise en charge des maladies de l'enfant qui sont les principales causes de décès évitables était conforme aux normes et directives nationales. La qualité des soins administrée était bonne. Malgré la bonne fréquentation des sites par la communauté, le rôle promotionnel et préventif de l'ASC n'était suffisamment connu par la communauté et d'autres continuent de pratiquer l'automédication en premier lieu avant de solliciter les ASC et en général de façon illicite. Le renforcement de la sensibilisation communautaire sur le paquet d'activités de l'ASC semble être nécessaire pour sa meilleure appropriation par la communauté et un réel changement de comportement pour le bien-être de l'enfant, de la femme et de la famille.

Recommandations

Niveau central

- Assurer la pérennité des activités SEC
- Intégrer les ASC dans la fonction publique des collectivités

Niveau régional

- Renforcer la collaboration avec les collectivités dans la gestion des ASC
- Faire des supervisions formatives des ASC
- Assurer le renouvellement des matériels de travail des ASC

Niveau opérationnel

- Rendre disponible les intrants à tout moment au niveau des sites ASC
- Renforcer la supervision de proximité des ASC
- Mettre en place un système de mobilisation communautaire autour des ASC
- Assurer le renouvellement des matériels de travail des ASC
- Entreprendre des initiatives pour assurer la motivation financière des ASC

Aux ASC

- Etre disponible à tout moment
- Renforcer le suivi des enfants sains
- Renforcer la collaboration avec la communauté
- Renforcer la communication interpersonnelle

A la communauté

- Suivre correctement le calendrier de visites des enfants au site ASC
- Faire un recours précoce avec les enfants malades chez l'ASC
- Eviter l'automédication
- Assurer une observance correcte du traitement
- Mettre en place un système de motivation des ASC sur place
- Respecter le calendrier vaccinal et l'administration de la vitamine A aux enfants

RÉFÉRENCES

1. **Desa U.** United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division (2009b): World Population Prospects: The 2008 Revision. URL: <http://esa.un.org/unpp> (gelesen am 16, 2010 accessed: May 19. 2017).
2. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Institut National de la Statistique (INSAT) : Résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'habitat ; Déc 2011.
3. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Annuaire statistique. Système Local d'Information Sanitaire 2013 de la Direction Nationale de la Santé du Mali (DNS).
4. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020. Mars 2015.
5. **Johnson AD, Thiero O, Whidden C, et al.** Prise en charge proactive des cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali. *BMJ Global Health* 2018 ; 0 : e000634. Doi : 10.1136/bmjgh-2017-000634*.
6. **Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW.** Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. *Tropical medicine & international health.* 2010 ; 15 (8) : 964-72.
7. **Yates R.** Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 2009; 373: 2078-81.
8. **Johnson A, Goss A, Beckerman J, et al.** Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *SocSci Med* 2012; 75: 1786-92.

9. **WHO U.** Who/Unicef WHO / UNICEF Joint Statement: Integrated Community Case Management: An equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children. 2012 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/statement_child_services_access_whounicef.pdf (cited 29 Sep 2017).
10. **Sacks E, Freeman PA, Sakyi K, et al.** Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 3. neonatal health findings. *J Glob Health* 2017; 7: 010903.
11. **Rasanathan K, Muñiz M, Bakshi S, et al.** Community case management of childhood illness in sub-Saharan Africa - findings from a cross-sectional survey on policy and implementation. *J Glob Health* 2014; 4: 020401.
12. **Druetz T, Siekmans K, Goossens S, et al.** The community case management of pneumonia in Africa: a review of the evidence. *Health Policy Plan* 2015; 30: 253-66.
13. **Hazel E, Bryce J, IIP-JHU iCCM Evaluation Working Group.** On bathwater, babies, and designing programs for impact: evaluations of the integrated community case management strategy in Burkina Faso, Ethiopia, and Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 2016; 94: 568-70.
14. **Nsibande D, T, Doherty T, Ijumba P, et al.** Assessment of the uptake of neonatal and young infant referrals by community health workers to public health facilities in an urban informal settlement, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 47.
15. **Marcil L, Afsana K, Perry HB.** First steps in initiating an effective maternal, neonatal, and child health program in urban slums: the BRAC Manoshi project's experience with community engagement, social

mapping, and census taking in Bangladesh. *J Urban Health* 2016 ; 93 : 6-18.

16. **D. HI Y, Ejdemyr S, Beise J.** Levels & trends in child mortality: report 2015, estimates developed by the un inter-agency group for childmortality estimation. 2015. http://childmortality.org/files_v20/télécharger/Mexico_2015_la_mortalité_infantile_Rapport_final.
17. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Annuaire statistique SLIS 2012 de la Direction Nationale de la Santé du Mali (DNS).
18. **Countdown to 2030 (2015).**
<http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/mali>.
19. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Guide de mise en œuvre des SEC 17 Mars 2016.
20. **Ministère de la santé de la République du Mali.** Guide d'utilisation des outils supervisons 26 Juin 2016.
21. **Dagnoko S.** Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire de yirimadio en commune CVI du district de Bamako. [Thèse en ligne] Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2018.
22. **Konaté A, Coulibaly MB, Tembiné I, Coulibaly KB, Berthé D, Diakité M et al.** Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 6-59 mois : une étude multicentrique. *JaccrAfrica* 2021 ; 5 (3) : 1-7.
23. **Johnson AD, Thiero O, Whidden C, Poudiougou B, Diakité D, Traoré F et al.** Prise en charge proactive des cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali. *BMJ Global Health* 2018 ; 0 : e000634. doi :10.1136/ bmjgh-2017-000634*.

- 24. Ministère de la santé de la République du Mali.** Institut National de la Statistique (INSTAT) ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. INSTAT, CPS/SS-DS-PF and ICF Bamako, Mali and Rockville, Maryland, USA ; 2019.
- 25. Programme National de Lutte contre le Paludisme.** Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali. Avril 2017.
- 26. DEMBELE D.** Implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois dans le CSCom de Yirimadio. [Thèse en ligne] Bamako (ML) : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2021.

Fiche signalétique

Nom : BERTHE

Prénom : Drissa

Tel : 76193263

Mail : drissaberthe90@gmail.com

Titre : Soins Essentiels Communautaires (SEC) : Problématique de la prise en charge des enfants malades par les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la commune rurale de Sagabala/Cercle Kolokani/Région Koulikoro Mali.

Année : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé communautaire

Résumé :

Nous avons réalisé une étude transversale et retro prospective descriptive dont le but est d'évaluer l'impact de la prise en charge des enfants malades par les ASC dans la commune de Sagabala au Mali. Le sex-ratio H/F (157/124) était de 1,3. Au total 28 fiches individuelles d'enfants malades de janvier à décembre 2020 ont été analysées. La fièvre représentait le motif de consultation le plus fréquent avec 49,6%. En ce qui concerne le diagnostic, le paludisme dominait avec 48% des cas. Dans 90,4% des cas le diagnostic était correct avec respect du protocole, RDV, posologie des médicaments respectivement dans 82,5% ; 87,8% et 100% des cas. Au niveau de l'enquête communautaire sur 172 mères d'enfants interrogées sur les taches de l'ASC, Les rôles les plus connus de l'ASC par les mères d'enfants étaient de soigner les enfants (93,6%) et la promotion de la santé de l'enfant, la femme et de l'hygiène (PSEFH) (28,5%). Parmi ces mères 82% avaient un enfant malade dont 92,9% ont visité un site ASC avec

satisfaction dans 99,2%. A part une seule mère d'enfant, toutes les autres ont eu à évoquer un avantage lié au site ASC avec 41,3% pour l'amélioration de la santé communautaire.

Au total les prestations de l'ASC sont de qualité mais à condition que le recours soit précoce.

Mots clés : Evaluation, impact, prise en charge, enfants malades, ASC.

Summarized :

We achieved a survey transverse and old-fashioned descriptive forecasting whose goal is to value the impact of the hold in charge of the sick children by the ASC in the township of Sagabala to Mali. The sex-ratio H/F (157/124) was of 1,3 in favor of the masculine sex. To the total 181 individual cards of children sick of January to December 2020 have been analyzed. The fever represented the most frequent consultation motive with 49,6%. With regard to the diagnosis the malaria dominated with 48% of the cases. In 90,4% of the cases the diagnosis was respectively correct with respect of the protocol, RDV, posology of the medicines in 82,5%; 87,8% and 100% of the cases. To the level of the communal investigation on 172 mothers of children interrogated on the stains of the ASC, The most known roles of the ASC by the mothers of children were to take care of the children (93,6%) and the promotion of the child's health, the woman and of hygiene (PSEFH) (28,5%). Among these mothers 82% had a sick child of which 92,9% visited an ASC site with satisfaction in 99,2%. TO part only one mother of child, all other had to evoke an advantage bound in the ASC site with 41,3% for the improvement of the communal health. To the total the benefits of the ASC are of quality but provided that the recourse is precocious.

Key words : Assessment, impact, taken in charge, sick children, ASC.

5- Reference :

Cas référé : (1=Oui/2=Non)

Préciser le motif de référence :

6- Traitement :

Protocole respecté : (1=Oui/2=Non)

7- Suivi et évolution:

RDV respecté : (1=Oui/2=Non)

Posologie respectée par le parent: (1=Oui/2=Non)

Etat de l'enfant : (1=guéri/2=non amélioré/3=référé/4=DCD)

Si référé, précisé le motif :

.....
.....

1-2 FICHE D'ENQUETE COMMUNAUTAIRE :

Date : / /2021

1- Profil socio démographique :

Village :

Nom et Prénom :

Age :

Niveau d'instruction : (1= non scolarisée ; 2= primaire ;
3=secd ; 4= sup)

Mariée :

Profession :

2- Connaissance sur le rôle de l'ASC :1= égale à un relais ; 2=
c'est un agent de la santé ; 3= soigne les enfants ; 4= promotion de
la santé des enfants et des femmes ; promotion de l'hygiène ; 5=
faire la PF ; 6= prise en charge de la malnutrition ; 7= ne sait pas

3- Utilisation des services de l'ASC :

✓ Votre enfant est-il tombé malade dans ce dernier temps (deux mois environ)? (1=oui ; 2= non)

Si Oui l'avez-vous amené chez l'ASC ? (1= oui ; 2= non)

↘ Si oui avez-vous été satisfaite ? (1= oui ; 2= non)

↘ Si non pouvez-vous expliqué les raisons :

.....
.....

Si non (*vous n'avez pas amené votre enfant chez ASC*) Où est-ce que l'enfant a reçu les soins : 1=CSCOM ; 2= autre structure de santé ; 3= tradithérapeute

Pourquoi vous avez préféré aller directement vers ces services sans passé par l'ASC ?

.....
.....
.....
.....

4- Selon vous, quelles sont les avantages de l'ASC dans votre village ?

.....
.....
.....