

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**MINISTERE DE L'EDUCATION**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

\*\*\*\*\*

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

THESE No /...../

**TITRE**

**CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES  
PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES  
DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES  
COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ... /.... / 2006 à Bamako  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie Par

**Mme DAGNOKO Assitan KONE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)**

**JURY**

**PRESIDENT :**

**Pr Sidi Yaya SIMAGA**

**MEMBRE :**

**Dr Attaher Houzeve TOURE**

**CODIRECTEUR DE THESE :** **Dr Mariam SYLLA**

**DIRECTEUR DE THESE :** **Pr Mamadou Marouf KEITA**

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

# DEDICACES

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

## DEDICACES

*Je dédie ce travail à :*

➤ **Dieu, Le Tout Puissant, Le Clément, Le Miséricordieux** qui m'a donné la force de réaliser ce travail.

➤ Mon père **Sidy.M.KONE** ;

Ce travail est le résultat de ton amour pour nous ; tu nous as enseigné le respect de l'autre , le courage , la dignité, le travail bien fait.

Nous sommes fiers de l'éducation reçue. Que Dieu te donne encore longue vie pour que nous puissions encore bénéficier de tes sages conseils.

➤ Ma mère **Coumaty COULIBALY** ;

Ce travail est le résultat de ta soumission totale. Tu m'as fait aimer la blouse blanche. Tu es pour moi un modèle à suivre.

Je ne trouverai jamais les mots pour t'exprimer toute ma tendresse et tout mon amour.

➤ Mon beau-père **Birama DAGNOKO** ;

Vous m'avez aimée comme votre propre fille, toujours soucieux de la bonne continuité de mes études. Vous vous êtes montré très compréhensif par rapport à mes multiples absences dans la famille.

Merci pour votre amour et votre bonne compréhension.

➤ Mes belles-mères **Korotoumou SOGODOGO et Fanta DIAWARA** ;

Ce travail est l'une des récompenses de vos soutiens moraux et sociaux.

Je vous remercie de m'avoir facilité les travaux ménagers.

➤ Mon mari **Dr Cheick DAGNOKO mon ange gardien** ;

Tu m'as donné tout ce qu'une femme peut attendre de son mari.

Ce travail est aussi tien. Il est le résultat de ta bonne volonté et de ton énorme sacrifice. Tes soutiens moraux et financiers ne m'ont jamais fait défaut.

Que Dieu le tout puissant nous accorde un foyer d'amour et d'entente.

➤ Mes trois petits princes **Abdoul Karim, Ibrahim et Sidy M DAGNOKO ;**

Je vous adore. Que ce travail soit pour vous un exemple.

➤ Mes frères et sœurs **Amidou , Oumar et Mourkéroù KONE ;**

Pour votre soutien dans la réalisation de ce travail. Vous m'êtes tous très chers.

Que Dieu renforce encore plus nos liens fraternels.

➤ Mes tantes **Awa et Fatoumata COULIBALY ;**

Vous avez donné le meilleur de vous-même pour participer activement à mon éducation . Je vous suis sincèrement reconnaissante.

➤ Mes ami(es) **Madoussou SANOGO , Fadié TRAORE, Assétou DOUMBIA Nia KONE (FMPOS), Tahiratou Fofy BAH, Salimata COULIBALY, Anna DIAKITE et Aminata DOUMBIA**

Je vous aime toutes. Acceptez ce travail en témoignage de notre amitié.

## REMERCIEMENTS

➤ A mes oncles ;

Retrouvez ma sincère reconnaissance pour vos conseils.

➤ Mes beau-frères **TAPO Cheik, Diakaria, Bakary, et Fadio DAGNOKO ;**

pour tout ce que vous faites pour moi.

Trouvez ici toute ma reconnaissance.

➤ A mes maîtres **Dr SYLLA Mariam, Dr DICKO Fatoumata, Dr TOGO Boubacar, Dr TRAORE Broulaye, Dr TOURE Safiatou, Dr COULIBALY Hadizatou ;**

Vous m'avez donné l'occasion d'améliorer et de mettre en pratique mes connaissances dans votre domaine d'exercice professionnel.

Merci pour la qualité de la formation reçue.

➤ Au Docteur **DICKO Fatoumata épouse TRAORE ;**

pour votre disponibilité , votre apport dans la réalisation de ce travail a été d'une qualité inestimable.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

➤ **A tous les médecins inscrits aux CES de pédiatrie ;**

pour m'avoir fait bénéficier de votre expérience , merci.

➤ **A COULIBALY Fanta** :(DSR à la Direction Nationale de laSanté).Merci pour votre dévouement dans la réalisation de ce travail.

➤ **Au Docteur TOURE Attaher ;**

pour votre participation à la réalisation de ce travail, merci.

➤ **A Madame DIALLO Madina TALL;**

Merci pour votre aide et votre sympathie.

➤ **A la famille KONATE ;**

Merci pour votre soutien

➤ **A Monsieur CISSE** bibliothèque de l'OMS) ;

➤ Merci pour votre disponibilité.

➤ **A tout le personnel de la pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE ;** particulièrement au personnel de la réa pédiatrique pour votre collaboration, je vous dis merci.

➤ **A tous les personnels des centres de santé de référence des communes II, IV, et V ;**

pour votre étroite collaboration dans la réalisation de ce travail, merci.

➤ **Au corps professoral de la FMPOS ; du LFDS et de l'école fondamentale de Djélibougou ;**

pour tout ce que vous m'avez appris, merci.

# HOMMAGES PARTICULIERS AUX MEMBRES DU JURY

## **NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

*Professeur Sidi Yaya SIMAGA*

- Professeur de Santé Publique,
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (D.E .R) en Santé

Publique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie,

- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé**

Honorable maître, nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré. Vos sages conseils ne nous ont jamais fait défaut dans la réalisation de ce travail.

Trouvez ici « *père* » l'expression de notre admiration, de notre reconnaissance et de notre profond respect.



## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

*Docteur Attaher Houzehe TOURE*

- Médecin de Santé publique ;
- Conseiller au bureau de l'Organisation Mondial de Santé pour la PCIME

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile m'ont émerveillé.

Votre apport dans la réalisation de ce travail a été d'une qualité inestimable.

Permettez-nous cher maître de vous exprimer toute notre gratitude et nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

*Dr Mariam SYLLA*

- Médecin Spécialiste en Pédiatrie et en Réanimation néonatale,
- Maître – Assistant en pédiatrie,
- Responsable de l'unité de Réanimation Néonatalogie de l'Hôpital Gabriel TOURE,

Vos qualités de formateur jointes à votre simplicité et à votre générosité font de vous une personne exceptionnelle.

Votre présence à nos cotés dans toutes les étapes de la réalisation de ce travail, révèle votre bonté et confirme l'attention que vous portez à vos élèves.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE TESE**

*Professeur Mamadou Marouf KEITA*

- Professeur de Pédiatrie,
- Chef du service de la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE
- Président de l'Association Malienne de Pédiatrie,
- Président du Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali,
- Président de l'Association du Village d'Enfants SOS,

Honorable Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait à nous confiant ce travail.

A tout moment, vous avez fait preuve de la plus grande disponibilité à notre égard. Nous avons été marqués par votre rigueur dans le travail et votre désir de transmission du savoir.

Nous ne saurons jamais trouver les mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Que Dieu vous accorde encore santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre riche expérience.

# PLAN

## PLAN

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I- Introduction</b> .....  | <b>1</b>  |
| - Objectifs .....   | <b>3</b>  |
| <b>II- Généralités</b> .....  | <b>4</b>  |
| - Situation sanitaire des enfants dans le monde .....   | <b>4</b>  |
| - Situation sanitaire des enfants au Mali .....   | <b>5</b>  |
| - Pyramide sanitaire au Mali .....  | <b>6</b>  |
| - Stratégie nationale pour réduire la mortalité et la morbidité<br>infantile au Mali .....                  | <b>9</b>  |
| - Rappels sur les pathologies les plus fréquemment rencontrées<br>chez l'enfant selon la <b>PCIME</b> ..... | <b>16</b> |
| <b>III- Méthodologie</b> .....  | <b>27</b> |
| - Cadre d'étude .....   | <b>27</b> |
| - Période d'étude .....   | <b>32</b> |
| - Type d'étude .....  | <b>32</b> |
| - Population d'étude .....  | <b>32</b> |
| - Echantillonnage .....   | <b>32</b> |
| - Support des données .....   | <b>33</b> |
| - Déroulement de l'enquête .....  | <b>33</b> |
| - Analyse des données .....   | <b>34</b> |
| - Considération d'éthique et de déontologie .....   | <b>34</b> |
| - Définitions opérationnelles .....   | <b>35</b> |
| <b>IV- Résultats</b> .....  | <b>37</b> |
| - Infrastructures et équipements .....  | <b>37</b> |
| - Caractéristiques des prestataires .....   | <b>40</b> |
| - Connaissances des prestataires .....  | <b>43</b> |
| - Attitudes des prestataires .....  | <b>48</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| - Pratiques des prestataires-----                 | 54        |
| - Caractéristiques et perceptions des mères ----- | 64        |
| <b>V- Commentaires et Discussions -----</b>       | <b>68</b> |
| - Infrastructures et équipements -----            | 68        |
| - Caractéristiques des prestataires -----         | 69        |
| - Connaissances des prestataires-----             | 70        |
| - Attitudes des prestataires -----                | 70        |
| - Pratiques des prestataires -----                | 72        |
| <b>VI- Conclusion et recommandations -----</b>    | <b>78</b> |
| <b>VII- Références -----</b>                      | <b>80</b> |
| <b>VIII- Annexes</b>                              |           |
| - Questionnaires                                  |           |
| - Résumé  |           |
| - Serment d’Hippocrate                            |           |

# ABBREVIATIONS

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- **AAS** Acide Acétyl Salicylique
- **ACT-HIB** Vaccin haemophilus type B conjugué
- **ASLO** Anticorps anti streptolysine O
- **BCG** Bacille de Calmette et Guérin
- **CNI** Centre National d'Immunisation
- **CSAR** Centre de Santé d'Arrondissement
- **CSCOM** Centre de Santé Communautaire
- **DNS** Direction National de la Santé
- **DTC** Diphtérie Tétanos Coqueluche
- **DRS** Direction Régionale de la Santé
- **DSR** Division Santé de la Reproduction
- **EA** Effectif absolu
- **ECB** Examen Cyto Bactériologique
- **EDS III** Enquête Démographique et de Santé
- **FC** Fréquence Cardiaque
- **FMPOS** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
- **FR** Fréquence Respiratoire
- **GE** Goutte Epaisse
- **IECS** Information Education Communication pour la Santé
- **IM** Intramusculaire
- **IOTA** Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
- **IR** Intra rectal
- **IRA** Infection Respiratoire Aiguë
- **IV** Intra veineuse
- **JNV** Journée Nationale de Vaccination
- **LHS** Lait Huile Sucre



- **LMD** Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
- **MI** Membre Inférieur
- **NFS** Numération Formule Sanguine
- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **ORL** Oto Rhino Laryngologie
- **PB** Périmètre Brachial
- **PC** Périmètre Crânien
- **PCIME** Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
- **PDDSS** Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
- **PED** Pays En Développement
- **PEV** Programme Elargi de Vaccination
- **PL** Ponction Lombaire
- **PMA** Paquet Minimum d'Activité
- **PNLP** Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme
- **POK** Parasites Œufs Kystes
- **PRODESS** Programme de Développement Sanitaire et Social
- **PT** Périmètre Thoracique
- **RL** Ringer Lactate
- **Rx** Radiographie
- **SG** Sérum Glucose
- **SIS** Système d'Information Sanitaire
- **SLIS** Système Local d'Information Sanitaire
- **SRO** Solution de Réhydratation Orale
- **SS** Sérum Salé
- **TSF** Téléphone Sans Fil
- **TS** Technicien de Santé
- **TSS** Technicien Supérieur de Santé

- **UNICEF**      Fonds de Nations Unies pour l'Enfance
- **VAA**            Vaccin Anti Amaril
- **VAR**            Vaccin Anti Rougeoleux
- **VAT**            Vaccin Anti Tétanique
- **VIH**            Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **VPO**            Vaccin oral contre la poliomyélite
- **VP**             Vaccin contre la Poliomyélite
- **VO**             Voie Orale
- **VS**             Vitesse de Sédimentation

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Selon un rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS) près de 11,5 millions d'enfants meurent dans le monde avant l'âge de 5 ans et surtout avant la fin de leur première année de vie, et essentiellement dans les pays en développement. Ces décès sont dus le plus souvent à des maladies connues et évitables comme la malnutrition, la rougeole, le paludisme, les IRA, la diarrhée.

[34]

Selon l'enquête démographique de santé au Mali (EDSM III), le taux de mortalité infanto-juvenile était de 229 ‰ en 2001.[23]

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

Ces décès sont dus généralement au paludisme (27 %), à la diarrhée (19 %) et aux IRA (10%). [23]

Les enfants malades qui sont admis dans les structures sanitaires doivent recevoir des soins adaptés à leur état de santé car de la qualité des soins médicaux dépendent la mortalité et la morbidité. Il est généralement admis qu'un pays dont le taux de mortalité infantile est supérieur à 80 ‰ a encore des problèmes de santé à résoudre. [37]

Malgré l'extension de la couverture sanitaire et l'organisation du système de santé de façon pyramidale et hiérarchisée avec des structures de 1<sup>er</sup> niveau (CSCOM) offrant un paquet minimum d'activités (PMA), de 2<sup>ème</sup> niveau (Centre de santé de Référence), l'affluence reste élevée au niveau des hôpitaux qui constituent la 3<sup>ème</sup> référence. Ainsi au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE ont été effectués:

- Trente sept mille cent soixante quatorze(37 174) consultations en 2003 ;
- Six mille trois cent soixante dix neuf(6 379) hospitalisations au cours de la même année dont 45,43 % venaient des communes I, II , III et 47,49 % des communes IV, V et VI et plus de 2/3 des hospitalisés n'étaient pas référés.
- Il faut aussi noter que 90 % des enfants consultent directement au service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE. [8]

Par ailleurs des études antérieures faites par **Touré et Diakité [9 ;37]** avait montré que la qualité de la prise en charge de l'enfant malade était peu efficace dans certains centres de santé.

Ces différents résultats nous ont poussé à entreprendre cette étude dont les objectifs sont les suivants:

# OBJECTIFS

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

### Objectif général

Evaluer la qualité de la prise en charge des enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.

### Objectifs spécifiques

- 1) Apprécier l'état des infrastructures et des équipements dans les centres de santé concernés.
- 2) Décrire le profil des agents chargés de la prise en charge des enfants malades au niveau de ces centres.
- 3) Apprécier les connaissances, attitudes, et pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les différents centres.
- 4) Apprécier la perception des mères sur la qualité des services offerts.

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

# GENERALITES

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

## GENERALITES

La santé est reconnue par les Nations Unies comme un droit fondamental de la personne. Les enfants sont les membres les plus vulnérables de la société.

La santé des enfants et des jeunes est une priorité dans le monde aujourd'hui.

### I°) Situation sanitaire des enfants dans le Monde

On estime à 10,5 millions le nombre d'enfants de 0 – 4 ans décédés en 1999, soit environ 2,2 millions ou 17,5 % de moins que 10 ans auparavant.

Le taux de mortalité infanto – juvénile était de 93 ‰ en 1993 contre 83 ‰ en 2000.

En moyenne près de 15 % des nouveau-nés mourront avant leur cinquième anniversaire ; alors qu'ils ne sont que 3 – 8 % dans de nombreuses autres régions du monde en développement et moins de 2 % en Europe. [1]

Les causes des 10,5 millions de décès d'enfants dans monde sont dues à la malnutrition ou à des maladies évitables ou non. Affaiblis par la faim ou la malnutrition, les enfants deviennent vulnérables aux maladies parfois mortelles comme : la tuberculose, le paludisme, la pneumonie, la rougeole, la diarrhée.

En 1995, 50 % des décès d'enfants étaient liés aux quatre (4) maladies transmissibles que sont : les IRA (19%), la diarrhée (19 %), le paludisme(5 %), la rougeole(7 %), les causes périnatales(18%) notamment :

- les infections 42 % ( tétanos néonatal, méningite septicémie pneumonie et diarrhée )
- les asphyxies de la naissance 25 %
- la prématurité 10 %
- les anomalies congénitales 10%.
- Trente deux pour cent des décès étaient liés à d'autres causes.

Toujours dans la même tranche d'âge la moitié des décès était associée à la malnutrition. [18]



Selon le même document : Il existe des différences importantes entre les régions du globe en ce qui concerne les causes de mortalités ; en Asie du sud Est 2 décès sur 5 sont dus au IRA et à la diarrhée alors qu'en Afrique le paludisme figure parmi les causes majeures de décès.

## **II- Situation sanitaire des enfants au Mali**

### **1-Conditions générales**

La population malienne était estimée à 11 408 323 habitants en 2004, constituée de 50,5 % de femmes et 49,5 % d'hommes, l'indice synthétique de fécondité est de 6,8 enfants par femme avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, une densité de 9,2 habitants par km<sup>2</sup>. [29]

Notre pays est caractérisé par sa jeunesse, 52,30 % de la population sont âgés de moins de 15 ans [38].

Le Mali est un pays pauvre qui est confronté à d'énormes problèmes de santé. Malgré l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget de l'état qui est passé de 8,01% en 1995 à 10,1 % en 2001, les principaux indicateurs de santé publique et de nutrition restent préoccupants. [23]

Les causes de la mauvaise santé des maliens sont multiples :

- L'environnement insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait de l'hygiène défectueuse : selon la SLIS environ un malien sur deux (1/2) n'a pas accès à l'eau potable.
- Le faible niveau d'éducation et d'utilisation des services préventifs, et les dysfonctionnements du système sanitaire.
- L'insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire.

Le ratio nombre d'habitants par catégories de personnel en 2001 reste très en deçà des normes de l'OMS. [27]

| <b>Catégories</b>              | <b>Effectifs</b> | <b>Ratios</b> | <b>Norme OMS</b> |
|--------------------------------|------------------|---------------|------------------|
| Médecins ( toutes spécialités) | 719              | 14 612        | 10 000           |
| Infirmiers d'état              | 579              | 18 145        | 5 000            |
| Infirmiers                     | 751              | 13 989        | 5 000            |
| Sages femmes                   | 490              | 21 440        | 5 000            |
| Infirmières obstétriciennes    | 169              | 62 163        | 5 000            |

- L'insuffisance des infrastructures sanitaires :

Selon les prévisions de la carte sanitaire nationale, il faudrait 988 centres de santé de base pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire ; alors qu'en 2001 le Mali disposait en matière de soins curatifs :

- Trois (3) hôpitaux nationaux de troisième référence ; parmi lesquels il n'y a qu'un seul comportant une unité de pédiatrie.
- Un (1) centre national d'odontostomatologie ;
- Un (1) institut d'ophtalmologie tropicale ;
- Six (6) hôpitaux de deuxième référence ;
- Cinquante sept (57) centres de santé de première référence ;
- Cinq cent cinquante neuf (559) CSCOM réalisés ;
- Quatre cent trente quatre (434) structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires.

## **2- Pyramide sanitaire au Mali**

Le réseau des structures de prestation de soins est organisé sous forme pyramidale avec de la base au sommet des formations sanitaires de 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> niveau.

Les structures de 4<sup>ème</sup> niveau de référence tertiaire sont les hôpitaux nationaux ; ils servent de référence aux hôpitaux régionaux :

- Hôpital du Point G
- Hôpital Gabriel Touré
- Hôpital de Kati
- Centre National d'Odontostomatologie
- Institut d'Ophtalmologie Tropical de l'Afrique
- Institut National de Recherche en Santé Publique
- Centre National de Transfusion Sanguine
- Centre National d'Appui et de Lutte contre la Maladie

Les structures de 3<sup>ème</sup> niveau ou de 2<sup>ème</sup> référence sont les hôpitaux régionaux : ils sont au nombre de six (6) (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou).

Les structures de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> niveau représentent un maillon essentiel de la référence et de la contre référence, ils constituent le lieu de formation clinique des médecins et des paramédicaux et d'initiation à la recherche.

Les structures de 2<sup>ème</sup> niveau ou de 1<sup>ère</sup> référence sont :

- les hôpitaux secondaires (San, Markala, Nioro, Diré, Dagoni, Ouléssébougou),
- les centres de santé de cercle,
- les centres de santé de référence des six (6) communes de Bamako.

Les centres de santé de 1<sup>ère</sup> référence remplissent deux (2) fonctions essentielles :

- Une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, budgétisation, suivi, coordination de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire et social de cercle. A travers cette fonction ; les centres de santé de 1<sup>ère</sup> référence assument les tâches de supervision et d'appui technique pour les structures de 1<sup>er</sup> niveau.

- Une fonction de référence clinique lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de 1<sup>er</sup> niveau. Il s'agit entre autre des cas nécessitant la chirurgie ; les explorations radiologiques ; les examens biologiques ou une hospitalisation [30].

Les structures de 1<sup>er</sup> niveau sont : les CSCOM et CSAR, les établissements de soins privés et les établissements de médecine traditionnelle.

C'est le 1<sup>er</sup> niveau de contact entre l'individu, la famille et la collectivité avec le système de santé. Les structures de 1<sup>er</sup> niveau assurent :

- la consultation, les soins infirmiers et les accouchements en matière de soins curatifs.
- la vaccination, la consultation pré et post natale, le planning familial en matière de soins préventifs.
- accueil, information, éducation et communication en matière de soins promotionnels.

### **3- Problèmes de santé infantile**

Au Mali, le taux de mortalité infantile reste l'un des plus élevés de la sous région malgré une régression par rapport aux dix (10) années précédentes. [23]

Ces taux sont :

- Taux de mortalité infantile : 113 ‰ en 2001 contre 129 ‰ en 1998
- Taux de mortalité juvénile : 130,5 ‰ en 2001 contre 139 ‰ en 1998
- Taux de mortalité infanto-juvénile: 229 ‰ en 2001 contre 251 ‰ en 1998

Selon le système local d'information sanitaire 2004 (SLIS), le taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois est de :

- 98 % pour le BCG,
- 100 % pour le DTCPI,
- 85 % pour le DTCPII,

- 74 % pour la Rougeole

Selon le Bureau de la Banque Mondiale au Mali :

- 33 % des enfants maliens de moins de cinq (5) ans accusent un retard de croissance et souffrent d'une insuffisance pondérale. 11 % des enfants maliens souffrent de malnutrition aiguë et parmi eux 2 % sont des formes aiguës sévères. Cela est dû en partie à des pratiques alimentaires inadaptées.
- Le paludisme, avec un taux de 24,9 % constitue la première cause de mortalité et de morbidité infantile. Il sévit de façon endémique avec une haute prévalence pendant l'hivernage coïncidant avec les activités du monde rural ; ce qui en fait un problème majeur de santé publique.
- Les maladies diarrhéiques représentent : 13,3 %
- Les IRA : 10 %
- La Rougeole : 10 %
- Les problèmes néonataux : 11 %
- La malnutrition : 8,9 %
- Les hémoglobinoses : 8,9 %
- Le Tétanos : 2,6 %

### **III- Stratégies nationales pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles au Mali**

La réduction de la mortalité infantile et juvénile est une priorité du gouvernement malien. Elle figure parmi les objectifs du *PRODESS* en plus de :

- la réduction de la morbidité ;
- l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services en centre fixe et au niveau communautaire ;
- l'information, l'éducation, la communication et la participation communautaire ;
- la lutte contre l'exclusion sociale ;

- la promotion communautaire.

Actuellement on note une grande amélioration de la couverture sanitaire par rapport aux années précédentes : 71 % dans un rayon de 15 km en 2004 contre 30-40 % dans un rayon de 15 km pour la période 1996-2001. [21]

Les centres de santé créés offrent un Paquet Minimum d'Activité (**PMA**) : qui est la norme des activités que doivent assurer les centres de santé à différents niveaux (voir pyramide sanitaire).

En vue de réduire le taux de mortalité et de morbidité infanto-juvéniles, notre pays a entrepris des stratégies de lutte contre les maladies les plus redoutables pour l'enfant. C'est ainsi que plusieurs programmes ont été élaborés notamment :

- Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)
- Le Programme IRA/LMD
- La stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)

### **1) Programme Elargi de Vaccination (PEV)**

Le PEV au Mali a été lancé en 1986 à Bamako en commune IV comme un programme vertical et centralisé. Ces activités étaient alors coordonnées par le Centre National d'Immunisation (**CNI**).

Actuellement le PEV est géré par la section d'immunisation de la division de prévention et de lutte contre la maladie qui est l'une des quatre (4) divisions de la Direction Nationale de la Santé (**DNS**) ;

#### a.) Les objectifs du PEV

L'objectif général est la réduction de la morbidité des enfants de 0-11 mois concernant les maladies meurtrières évitables par la vaccination. [32]

Les objectifs spécifiques sont :

- vacciner complètement au moins 80 % des enfants de 0-11 mois contre les maladies cibles du PEV ;

- vacciner au moins 80 % des femmes en âge de procréer contre le tétanos ;
- éradiquer la poliomyélite ;
- éliminer le tétanos néonatal ;
- assurer un meilleur contrôle de la rougeole.[7]

Ce programme s'articule actuellement autour de trois (3) axes principaux :

- la vaccination de routine
- les Journées Nationales de Vaccination (JNV).
- la surveillance des maladies cibles : la tuberculose, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, la fièvre jaune et l'hépatite B.

Ainsi les antigènes administrés sont : le Bacille de Calmette et de Guérin (BCG), le vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (DTCoq), le vaccin polio orale, l'anti rougeoleux, l'antiamaril, l'anti hépatite B pour les enfants de 0-11 mois et l'anti tétanique pour les femmes en âge de procréer.

A partir de 1998, la supplémentation en vitamine A a été ajoutée à ces campagnes.

b.) Population cible

- Les enfants de 0-11 mois pour les vaccinations de routine ;
- Les enfants de 0-5 ans pour les journées nationales de vaccination.
- Les femmes en âge de procréer
- c.) Calendrier de vaccination du PEV au Mali.

| Vaccins                      | Maladies cibles                | Age                                       |
|------------------------------|--------------------------------|---|
| <b>BCG</b>                   | Tuberculose                    | De la naissance à 14 jours                |
| <b>VPO</b>                   | Poliomyélite                   | De la naissance à 14 jours                |
| <b>DTCI 1 + VP1 + Hep B1</b> | Diphtérie, Tétanos, Coqueluche | A partir d'un mois et demi ( 6 semaines)  |
| <b>DTC2 + VP2 + Hep B2</b>   | Poliomyélite<br>Hépatite B     | A partir de 2 mois et demi ( 10 semaines) |

|                            |              |   |
|----------------------------|--------------|---|
| <b>DTc3 + VP3 + Hep B3</b> |              | A partir de 3 mois et demi ( 14 semaines) |
| <b>VAR</b>                 | Rougeole     | A partir de 9 mois                        |
| <b>VAA</b>                 | Fièvre jaune | A partir de 9 mois                        |

**N.B** :\* L'Intervalle minimal entre les doses est d'un mois, il n'y a pas d'intervalle maximal. Une vaccination commencée doit être complétée.

\*ACT HIB introduit à Bamako depuis Août 2005.

d.) Calendrier de la vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer ( 15 - 49 ans).

| <b>Dose à administrer</b> | <b>Date d'administration souhaitable</b>   |
|---------------------------|--|
| VAT1                      | Dès que possible   |
| VAT2                      | Dès que possible en s'assurant que l'administration soit faite au moins quatre (4) semaines après celle du VAT1<br>De plus s'il s'agit d'une femme enceinte le VAT2 devra être administré au moins deux (2) semaines avant l'accouchement pour que la protection soit transférée à l'enfant à la naissance |
| VAT3                      | En respectant un intervalle de six (6) mois au moins après l'administration du VAT 2   |
| VAT4                      | En respectant un intervalle de douze (12) mois au moins après l'administration du VAT 3  |
| VAT5                      | En respectant un intervalle de douze (12) mois au moins après l'administration du VAT 4  |

## **2) Programme National de Lutte contre le Paludisme ( PNLP)**

La lutte contre le paludisme est une préoccupation majeure des autorités sanitaires du Mali, ce qui a motivé la création d'un programme de lutte contre le paludisme en 1993. Ce programme a défini une stratégie nationale de lutte qui

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*



prend en compte les composantes de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme.

Ce programme n'est pas uniquement consacré à la prise en charge des enfants qui payent cependant le plus lourd tribut à cette maladie.

Le principal objectif du programme est la réduction de la mortalité par le paludisme.

Les composantes de la stratégie de lutte contre le paludisme au Mali sont :

- Assurer le diagnostic précoce et un traitement rapide du paludisme ;
- Planifier et mettre en œuvre les mesures de prévention collective et durable portant notamment sur la lutte anti-vectorielle (par hygiène, l'assainissement, les supports imprégnés d'insecticides, la prévention chez les femmes enceintes par l'utilisation de sulfadoxine pyriméthamine au 4<sup>ème</sup> et au 8<sup>ème</sup> mois de la grossesse, la recherche d'un vaccin efficace).
- Déceler précocement, contenir et prévenir les épidémies ;
- Renforcer les moyens locaux en matière de recherche pour permettre l'évaluation régulière de la situation de chaque pays en ce qui concerne le paludisme et ses déterminants écologiques, parasitologiques, sociaux et économiques.

### **3) Programmes IRA/LMD**

En raison du taux élevé de mortalité infanto-juvenile et de l'importance des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës dans la mortalité et la morbidité des enfants de 0-5 ans au Mali ; ces deux (2) programmes ont été mis en œuvre.

Les objectifs du programme étaient de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies diarrhéiques et aux IRA chez les enfants de 0-5 ans.

Les stratégies pour atteindre ces objectifs sont :

- La prise en charge correcte des cas de maladies diarrhéiques et des IRA dans les formations sanitaires et à domicile ;
- La promotion des mesures préventives.

Ces programmes ont été abandonnés au profit de la PCIME.

#### **4) La stratégie PCIME**

##### **a) Justification**

Pendant des décennies les programmes de survie de l'enfant se sont adressés à des pathologies spécifiques, alors que pour l'agent de santé il est souvent difficile de poser chez un enfant le diagnostic précis de l'affection en cause, tant les symptômes se recourent d'une pathologie à l'autre.

Cette situation a conduit l'OMS et l'UNICEF à proposer en 1992 une stratégie sous le nom de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). L'introduction de la PCIME au Mali se justifie en raison de la mortalité particulièrement élevée chez les enfants de 0 – 5 ans malgré l'existence des programmes **IRA / LMD**.

##### **b.) But - objectifs**

La PCIME a pour but principal de fournir des soins curatifs nécessaires ; de faire la prévention des maladies et de promouvoir la santé. Elle vise à réduire la mortalité et la morbidité infanto juvénile des principales maladies ; à améliorer la croissance et le développement.

La PCIME cherche à assurer la prise en charge globale des maladies les plus fréquentes de l'enfant et se concentre sur les principales causes de décès.

##### **c) Les composantes de la PCIME**

Elles sont aux nombres de trois (3) :

- L'amélioration des compétences du personnel de santé grâce à des directives de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant adaptées aux circonstances locales et grâce à des activités qui encouragent l'application.

- L'amélioration du système de santé pour assurer la prise en charge efficace des maladies de l'enfant.
- L'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

#### D) Les principales étapes de mise en œuvre de la PCIME

L'introduction de la PCIME a nécessité plusieurs actions ; au Mali elle s'est faite de 1996 à 1999 ; les étapes sont :

##### -Les séminaires d'orientation :

Organisés en juillet 1996 et mars 1997 pour une meilleure identification des problèmes qui peuvent entraver l'application de la PCIME et leurs résolutions si possibles. Ces problèmes et solutions étaient relatifs à un certain nombre de domaines que sont : la coordination, la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités.

##### -Les ateliers d'adaptation :

Les modules génériques ont été adaptés au contexte du Mali par l'organe de coordination à travers les quatre (4) sous groupes :

« Politiques et Directives » ; « clinique » ; « nutrition » ; « termes locaux » constitués à cet effet.

- Il a été convenu en septembre 1998 lors de l'atelier national de consensus : que le Mali est une zone à haut risque de transmission du paludisme et que toute fièvre est présumée d'origine palustre ;
- d'introduire la notion de respiration sufflante dans le module conformément
- aux directives de prise en charge des IRA ;
- d'introduire la désinfection rhino-pharyngée dans le traitement de l'otite de l'enfant.
- de réviser la liste des médicaments essentiels.

##### - Les ateliers de consensus :

##### - La formation des prestataires qui a été faite en 1999 :

- L'extension de la PCIME.

e) Les stratégies de prise en charge des cas

L'agent de santé doit :

- Evaluer l'état de l'enfant en recherchant d'abord les signes de danger ou la possibilité d'infection bactérienne chez le nourrisson, posant des questions sur ses maladies précédentes, examinant l'enfant et vérifiant son état nutritionnel et vaccinal en contrôlant si l'enfant a d'autres problèmes de santé ;
- Classer la maladie de l'enfant en employant un système de tri selon un code de couleurs :
  - \* Un traitement pré transfert et une hospitalisation d'urgence (rose) ou,
  - \* Un traitement médical spécifique et les conseils (jaune ) ou,
  - \* Des conseils sur les soins à donner à domicile (vert) ,
- Déterminer le traitement après avoir classé toutes les affections ; si un enfant doit être hospitalisé d'urgence, il faut lui prodiguer le traitement indispensable avant le transfert. Si l'enfant a besoin d'un traitement à domicile, il faut élaborer un plan général de soins et lui donner la première dose de médicament au dispensaire ; vacciner l'enfant si nécessaire ;
- Donner des instructions concernant le traitement (montrer comment administrer les médicaments à domicile ; comment soigner les infections locales à domicile ;
- Donner un rendez-vous ; enseigner à déceler les signes de gravité ;
- Evaluer l'alimentation et donner des conseils appropriés ;
- Au rendez-vous, donner des soins de suivi et si nécessaire réévaluer l'état de l'enfant.

## **IV- Rappel sur les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez**

### **l'enfant selon la PCIME**

#### **4.1- Accès palustre**

Avec 300 à 500 Millions de malades et 1,5 à 2,7 millions de décès par an, le paludisme est la parasitose tropicale la plus importante. Plus de 90% des cas et des décès sont concentrés en Afrique Subsaharienne où ils concernent essentiellement les enfants. [18]

Au Mali, le paludisme constitue la première cause de mortalité chez les enfants de zéro à cinq (0-5) ans ; le taux de létalité se situe entre 16-25 %.[38]

Il est responsable de 11,64 % de mortalité et de 26,7 % de morbidité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE. [19]

Première cause de convulsion fébrile de l'enfant et des nourrissons à Bamako et est responsable de 16,7 % des hospitalisations pédiatriques. [36]

a) Etiologie : Le paludisme est dû à un hématozoaire (protozoaire ) du genre plasmodium. Quatre espèces sont responsables de la maladie chez l'homme.

- Le plasmodium vivax : agent causal de la fièvre tierce bénigne,
- Le plasmodium malariae : agent causal de la fièvre quarte bénigne,
- Le plasmodium falciparum : agent causal du paludisme tropical ou fièvre tierce maligne ;
- Le plasmodium ovale : agent causal d'une variété de la fièvre tierce bénigne.

b.) Clinique :L'accès palustre simple est dû à l'éclatement des rosaces. Il succède à une primo invasion qui se manifeste par un *syndrome grippal* : asthénie , arthralgie, myalgie, céphalées avec parfois un tableau de gastro entérite et fièvre continue en plateau ou par poussées pluri quotidiennes irrégulières. Les urines sont souvent

foncées. La palpation de l'abdomen peut trouver une petite hépatomégalie sensible mais la rate n'est pas palpable.

Ce tableau est surtout dû à *plasmodium falciparum*, les autres espèces ne provoquent à ce stade que des symptômes beaucoup plus frustes.

L'évolution est rapidement favorable sous traitement adéquat. Ces accès peuvent se renouveler périodiquement en l'absence de thérapie :

Fièvre tierce : un jour sur deux pour *plasmodium falciparum*, ovale, vivax.

Fièvre quarte : un jour sur trois pour *plasmodium malariae*. Ils peuvent évoluer vers un accès pernicieux avec *plasmodium falciparum* ou bien régresser. Ils peuvent évoluer aussi vers un paludisme viscéral évolutif.

c.) Traitement : Plusieurs molécules sont utilisées dans le traitement du paludisme notamment : la chloroquine ; l'amodiaquine ; la méfloquine ; la sulfadoxine-pyriméthamine ; les dérivés de l'artémisinine (dihydroartémisinine ; artésunate et arthéméter) ; la quinine ; la luméfantine ; l'halofantrine.

Au Mali, le traitement recommandé par la PCIME est la chloroquine en 1<sup>ère</sup> intention et la sulfadoxine pyriméthamine en 2<sup>ème</sup> intention.

## **4.2- Les IRA (bronchite / pneumopathie)**

Elles sont la cause de 10-25 % de décès dans les Pays en Voie de Développement (PED), c'est l'une des principales causes de consultation et d'hospitalisation dans ces pays.

Entre 30-60 % de consultation et 20-40 % d'hospitalisations des enfants de 0-5 ans sont imputables aux IRA. [16]

La prévalence des IRA chez les enfants de 0-5 ans au Mali est de 10%.

La troisième cause de mortalité chez les enfants de 0-5 ans après le paludisme et les maladies diarrhéiques.[23]

### **4.2.1) La bronchite aiguë et la bronchiolite :**

Il s'agit d'une inflammation aiguë des bronches. Cette inflammation peut s'étendre aux bronchioles et dans ce cas elle est appelée **bronchiolite**.

a.) Etiologies : La majorité des bronchites et des bronchiolites est due aux virus (myxovirus ; rhinovirus ; adenovirus ; VRS (Virus Respiratoire Syncytial...)).

Les étiologies bactériennes se rencontrent le plus souvent dans le cadre d'une surinfection, les agents responsables sont essentiellement : le streptococcus pneumoniae et l'haemophilus influenzae.

b.) Le signes cliniques : Les signes cliniques se limitent à la toux avec expectoration parfois purulente, la fièvre, des douleurs thoraciques et souvent une dyspnée. A l'auscultation pulmonaire on découvre des râles bronchiques de type sibilant pour la bronchiolite et ronchi pour la bronchite.

Le diagnostic ne nécessite pas d'examen radiologique.

c.) Le traitement : Il s'agit d'un traitement symptomatique (prescription d'antitussif si la toux persiste ou d'un médicament contre l'excès des sécrétions bronchiques ; la lutte contre la fièvre.

**N.B** : Les antibiotiques sont indiqués seulement en cas de surinfection et chez les sujets fragiles.

#### **4.2.2) La pneumonie**

C'est une infection des poumons provoquée par des bactéries, des virus ou des parasites.

a.) Etiologies :

Les pneumonies bactériennes : Le plus fréquent est la pneumonie franche lobaire aiguë due à streptococcus pneumoniae qui est la forme typique.

Les pneumonies atypiques sont dues à *Mycoplasma pneumoniae*, à *Légionella pneumophila*, à *Haemophilus influenzae*, à *Klebsiella pneumoniae*.

Les pneumonies virales : sont dues aux virus de la grippe, les adénovirus, les rhinovirus et sont généralement consécutives à une infection des voies respiratoires supérieures.

Les pneumonies parasitaires ou pneumocystoses, sont dues à *pneumocysti carinii* qui atteint les sujets immunodéprimés ou les leucémiques.

b.) Les signes cliniques : Sont dominés par la fièvre ; les frissons ; la toux productive ; la douleur thoracique ; une dyspnée ; les râles crépitants ou sous crépitants à l'auscultation.

Le diagnostic est à la fois clinique et radiologique ; à la radiographie du thorax de face, on peut observer des opacités.

c.) Le traitement : Il est basé sur une antibiothérapie pendant au moins dix (10) jours, par la voie injectable d'abord puis le relais par la voie orale.

Si le germe est le pneumocoque, les pénicillines ou l'amoxicilline sont les mieux indiquées.

S'il s'agit des germes atypiques, les macrolides sont les mieux indiqués.

S'il s'agit de *pneumocysti carinii*, les sulfamides (cotrimoxazole) ou un antiparasitaire (la pentamidine) sont les mieux indiqués pendant au moins vingt un (21) jours.

La PCIME recommande pour :

- la pneumonie grave, une hospitalisation, une antibiothérapie appropriée, un traitement des symptômes.
- Pour la pneumonie, elle recommande une antibiothérapie (le cotrimoxazole) par voie orale pendant cinq (5) jours, le traitement des symptômes.
- Pour toux et rhume ( bronchite) ne nécessitent pas d'antibiotique mais un traitement symptomatique.



### 4.3- La rougeole

La rougeole reste parmi les dix (10) principales causes de mortalité infantile dans le monde ; plus de 960 000 cas de décès pour 1997 sur 31 millions de personnes touchées et une importante cause de cécité.

Les conséquences de la rougeole sont beaucoup plus lourdes dans les Pays en Développement (PED) principalement en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest dans les régions où le taux de couverture vaccinal est inférieur à 50 %. [12]. Au Mali 2004 : 602 cas de rougeole ont été enregistrés et 13 cas de décès soit 2,16 % de létalité [**division épidémique ; section surveillance épidémiologique Mali**]

a.) Etiologie : La rougeole est une maladie due aux paramyxovirus (morbilivirus). Ce virus vit exclusivement sur l'homme et se transmet de manière directe dans l'organisme par les voies respiratoires ou par les conjonctives lors de la toux et de l'éternuement d'un sujet atteint. C'est une maladie très contagieuse qui tue le plus grand nombre d'enfants avant l'âge de deux (2) ans.

Les facteurs aggravants sont : la malnutrition, l'infection bactérienne, l'insuffisance de l'hygiène et de l'assainissement.

b.) Les signes cliniques : Le tableau clinique est marqué par la fièvre élevée (38 – 39 ° C) ; l'écoulement nasal et oculaire ; la conjonctivite ; l'apparition des taches de Koplick ; la toux. L'éruption cutanée qui apparaît 3 – 4 jours après le début de la maladie.

Elle peut évoluer soit vers la guérison spontanée soit vers l'aggravation avec la fièvre à 40°C, les difficultés respiratoires, la diarrhée, la déshydratation puis survient la mort.

Les complications sont : l'otite ; la laryngite ; la pharyngite ; la broncho-pneumonie.

c.) Le traitement : le traitement de la rougeole est basé sur :

- Un traitement symptomatique (traitement de la fièvre, de la toux) ;

- La désinfection des voies respiratoires et des yeux ;
- Le traitement des complications ;
- L'éviction scolaire pendant toute la durée de la maladie

Pour prévenir la survenue des complications la PCIME recommande :

- \* La prise de vitamine A au cours de la rougeole, qui aide à combattre l'infection virale aussi bien au niveau des yeux, que dans les couches cellulaires tapissant les poumons, les intestins, la bouche et la gorge.
- \* La prise d'un antibiotique approprié (cotrimoxazole) pendant cinq (5) jours ;
- \* L'utilisation de pommade ophtalmique à la tétracycline en cas de complication oculaire.

#### **4.4 - La diarrhée**

Elle est la cause principale de la morbidité et de la mortalité chez les enfants dans les Pays en Voie de Développement (PED). On recense chaque année 1,3 milliard d'épisodes et 3,2 millions de décès chez les enfants de 0 à 5 ans. Les enfants souffrent en moyenne de 3,3 épisodes de diarrhée par an.

Deuxième cause de mortalité infantile au Mali (13,3 %) , la prévalence de la diarrhée chez les enfants de 0-5 ans est de 19 % au Mali. [23]

Elle se définit comme l'évacuation d'au moins trois (3) selles molles ou liquides par 24 heures.

C'est surtout la diarrhée aqueuse aiguë qui nous intéresse.

#### **Diarrhée aqueuse**

a.)Etiologie : Les germes les plus souvent associés à une diarrhée aqueuse chez les enfants dans les PED (Pays en Voie de Développement )sont :

les rotavirus (dans la majorité des cas),

- Escherichia coli entérotoxigène (ETEC),
- Shigella,
- Campylobacter jejuni,
- Salmonella non typhi,
- Cryptosporidium (parasite, protozoaire).

Dans la majorité des cas de diarrhée l'agent causal n'est pas décelé.

b.) Le traitement de la diarrhée :

La recherche du germe en cause par les examens au laboratoire ne peut être fait couramment et il est également impossible sur les seules manifestations cliniques.

Le traitement de la diarrhée doit donc être basé sur la principale caractéristique de la maladie : la déshydratation. Les principes essentiels du traitement sont :

- la réhydratation,
- l'amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant agissant sur la qualité et la quantité des aliments,
- les antibiotiques et les antiparasitaires ne doivent pas être utilisés systématiquement ; la plupart des épisodes diarrhéiques, y compris lorsqu'ils sont graves et accompagnés de fièvre ne répondent pas à ces médicaments. Les exceptions sont :

- \* la dysenterie,
- \* le choléra,

Devant un cas de diarrhée aqueuse aiguë, la PCIME recommande :

- la réhydratation selon le plan de déshydratation de la diarrhée,
- l'augmentation des apports en aliment,
- l'antibiothérapie si seulement l'enfant a plus de deux (2 ans) et si une épidémie de choléra sévit dans la région.

Le traitement recommandé est l'amoxicilline en première intention et la doxycycline en deuxième intention.

#### **4.5- La dysenterie**

Avec une incidence annuelle de 163,2 Millions de cas et 1,3 Millions de décès dont 61 % parmi les enfants de 0-5 ans demeure un immense problème de santé publique.[17]

Il s'agit d'un syndrome infectieux caractérisé par l'émission de selles glaireuses et sanglantes mêlées ou non à des selles.

a.) Etiologies : Les lésions de la muqueuse intestinale sont dues à l'envahissement de celle-ci par les bactéries ou les parasites. La dysenterie bacillaire est due principalement à Shigella, les autres germes en cause sont :

Campylobacter jejuni, rarement Echerichia coli entero invasif et Salmonella.

La dysenterie parasitaire est due aux amibes (Entamoeba histolytica) et est rare chez le jeune enfant. Elle se contracte par l'ingestion d'aliments infectés ou par transmission orofécale.

b.) Les signes cliniques : La dysenterie se traduit par des coliques (douleurs abdominales violentes), de faux besoins (ténesmes et empreintes), une déshydratation et une atteinte importante de l'état général peuvent survenir accompagnés de fièvre.

c.) Le traitement : Il est basé sur la réhydratation, les conseils nutritionnels associés à des antibiotiques actifs sur Shigella.

En cas d'échec de ce traitement, un amoebicide sera indiqué.

La PCIME recommande le cotrimoxazole en 1<sup>ère</sup> intention pour le traitement de la shigellose pendant cinq (5) jours et l'acide nalidixique en 2<sup>ème</sup> intention pendant cinq (5) jours.

#### **4.6- L'angine rouge**

L'angine rouge est une inflammation aiguë du pharynx qui révèle à l'examen clinique, une muqueuse plus rouge que la normale.

a.) Etiologies :

C'est la plus fréquente des angines. Elle est le plus souvent d'origine virale parfois bactérienne. Dans ce dernier cas les bactéries responsables sont : le streptocoque hémolytique du groupe A, le staphylocoque, l'haemophilus influenzae.

b.) Cliniques : Le tableau clinique est marqué par la fièvre, un malaise, des maux de tête, la dysphagie. L'examen de la gorge montre une rougeur diffuse et une augmentation de volume plus ou moins importante des amygdales.

Le diagnostic est surtout clinique, un examen bactériologique peut être pratiqué sur un prélèvement de la muqueuse pharyngée de façon à déterminer le germe impliqué s'il s'agit d'une bactérie.

c.) Traitement : Le principe du traitement est basé sur :

- le repos,
- l'éviction des refroidissements,
- le traitement de référence est la pénicillothérapie pendant dix (10) jours, souvent associée à un antiinflammatoire, un antipyrétique et la désinfection de la gorge par les gargarismes, les pulvérisations,
- l'amygdalectomie si récurrence fréquente.

Le programme IRA recommande pour le traitement de l'angine, la benzathine benzyl pénicilline en IM en dose unique ou la pénicilline V par VO pendant dix (10) jours.

#### **4.7- Les convulsions**

Il s'agit de contractions brusques et involontaires des muscles survenant par crises.

a.) Les étiologies sont nombreuses : la fièvre, la déshydratation chez le nourrisson, le traumatisme crânien, l'infection (méningite, l'encéphalite) ; les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs intracrâniennes, les troubles métaboliques (hypoglycémie ; hypocalcémie), les intoxications.

b.) Le traitement : est basé sur l'arrêt des convulsions par l'administration de diazépam par voie intraveineuse ou intra rectale.

Dans les stratégies de la PCIME, la convulsion est un signe de danger donc devant toute convulsion, elle recommande :

- l'hospitalisation,
- l'administration du diazépam par voie IR,
- la lutte contre la fièvre par un enveloppement humide,
- la lutte contre l'hypoglycémie,
- la libération des voies respiratoires.

#### **4.8- La malnutrition**

Problème majeur de santé publique, elle est associée à plus de la moitié des décès d'enfants de 0-5 ans dans les Pays en Développement (PED). 11 % des enfants maliens souffrent d'une malnutrition aiguë. [Bureau de la Banque Mondiale au Mali]

La malnutrition est un état physiologique pouvant devenir pathologique dûe à une carence ou à une consommation excessive d'un ou plusieurs éléments nutritifs. Un sujet court le risque de souffrir de malnutrition lorsque l'apport calorique ou l'équilibre nutritionnel ne sont pas conformes à ses besoins. Si l'alimentation est trop pauvre en calories, les réserves de graisses de l'organisme, puis celles des protéines des muscles sont utilisées pour fournir de l'énergie. En cas de carence

prolongée, le corps devient trop faible pour avoir un métabolisme normal et combattre les infections.

Les enfants, en particulier ceux de moins de cinq (5) ans, sont plus sensibles aux conséquences d'une malnutrition que les adultes. Ils souffrent notamment de carences protéiques, dont les formes les plus courantes sont : le marasme (carence d'apports énergétiques) et le kwashiorkor (carence d'apports protéiques). Le plus souvent les deux formes de malnutrition sont associées et s'accompagnent de déficience en certains minéraux (fer, zinc et vitamines).

a.) Les signes cliniques de la malnutrition protéino-énergétique :

1.) Le kwashiorkor

Il se manifeste par une apathie, une anorexie, une pâleur, un œdème des membres inférieurs, un retard de croissance, une fonte musculaire avec maigreur extrême, un ballonnement abdominal avec augmentation du volume du foie par stéatose, des troubles psychomoteurs et des lésions cutanées.

3.) Le marasme :

a.) Signes cliniques : se manifestent par une maigreur extrême, une anémie, une fonte musculaire. A la différence du kwashiorkor, il n'y a pas d'œdème.

b.) Le traitement : est basé sur les conseils nutritionnels (réintroduction progressive des protéines, des lipides, et la surveillance de l'enfant.

La PCIME recommande en plus des conseils nutritionnels de déparasiter si l'âge de l'enfant est supérieur à deux (2) ans avec du mébendazole de traiter l'anémie par le fer, de donner la vitamine A, si la malnutrition est sévère.

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

# METHODOLOGIE

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*



## METHODOLOGIE

### **1. Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans les unités de consultation pédiatrique des centres de santé de référence des communes **II, IV et V** du district de Bamako. Ce choix a été fait de façon aléatoire par tirage.

#### **Le District de Bamako**

Il représente la capitale administrative et économique du Mali et est limité :

- Au Nord par la commune de Kati
- Au Sud par l'arrondissement de Sanankoroba
- A l'Est par l'arrondissement de Banguinéda
- A l'ouest par l'arrondissement de Kalanbancoro

La superficie de Bamako est de 267 Km<sup>2</sup>. Il est composé de (6) communes subdivisées en 58 quartiers. Chaque commune dispose d'un centre de santé de référence. La population du district de Bamako est de 1 342 334 habitants. Les enfants de moins de quinze (15) ans représentent 47,99 % de la population et parmi cette tranche 37,49 % ont moins de cinq (5) ans. (SLIS 2004)

#### **La commune II**

La commune II du district de Bamako couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup>, soit 7 % de la superficie totale du district de Bamako (267 km<sup>2</sup>).

Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger, limitée :

- au Nord par le pied de la colline du Point G,
- au Sud par le fleuve Niger,
- à l'Est par le marigot de korofina,
- à l'Ouest par la route passant par l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs.

Elle est constituée de douze quartiers : Bagadadji, Bakaribougou, Bozola, Niaréla, Médina coura, Hippodrome, TSF, Quinzambougou, Bougouba, Missira, Zone Industrielle, N’Gomi.

La population est de 139233 habitants correspondant à 10,37 % de la population totale de Bamako. (SLIS 2004).

Le Centre de Protection Maternelle et Infantile a été érigé en centre de santé de référence en 2000.

Le centre est composé de 4 blocs :

**. Un bloc administratif** : comprenant

- le bureau du médecin chef
- le bureau du pédiatre
- le secrétariat
- le service de comptabilité
- le bureau des chargés SIS – IEC
- la salle de consultation odontostomatologie
- la salle de consultation ophtalmologie
- le bureau du chef personnel.

**. Un bloc maternité** où se trouvent

- la salle de suites des couches
- la salle de consultation prénatale
- la salle d’accouchement
- la salle de repos des accouchées
- deux salles d’observation
- la salle de counseling VIH/SIDA
- le bureau PEV
- la salle de consultation gynécologie
- la salle de consultation Planning Familial

- la salle d'échographie
- la salle de garde des sages femmes
- la salle de garde des infirmières obstétriciennes
- la salle d'accueil.

**. Un bloc de prise en charge des enfants :** comportant :

- la salle de consultation Post- natale
- deux salles de consultation enfants malades
- la salle de vaccination
- la salle de surveillance des enfants sains
- la pharmacie
- la salle de consultation Oto-rhino-laryngologie.

**. Un bloc de soins**

**Le centre compte 134 travailleurs repartis comme suit :** Médecins (9)

techniciens supérieur de santé (24), technicien de santé (11), sages femmes (28), infirmier du premier cycle (16), manœuvres et aides soignants (34), comptables (2), gardiens (2), chauffeurs (3), Secrétaires (1), caissières (2), administrateurs (1), standardistes (1).

**La commune IV**

La commune IV du district de Bamako couvre une superficie de 37,68 km<sup>2</sup>, soit 14,11% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger et limitée :

- à l'Est et au Nord par la commune III
- à l'Ouest par le cercle de Kati
- au Sud par le fleuve Niger

Elle est composée de huit (8) quartiers : Djikoroni para , Dogodouma, Hamdallaye, Kalabambougou, Lafiabougou, Sébénikoro, Lassa et Taliko.

La population est de 219348 habitants. (SLIS 2004).

Le Centre de Protection Maternelle et Infantile a été érigé en centre de santé de référence en mai 2002 en réponse aux directives de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement du Mali.

Le centre est composé de **4 blocs** principaux avec des annexes :

**. Le bloc de service de consultations externes** : comportant

- l'unité d'ophtalmologie
- l'unité d'odontostomatologie
- l'unité de chirurgie
- l'unité de médecine
- l'unité de pédiatrie
- l'unité de consultation prénatale
- l'unité de planning familial

Ce bloc en plus des unités ci dessus cités, héberge la salle de vaccination, le dépôt de vente des médicaments, le laboratoire, la salle de soins, le bureau du major de la chirurgie.

**. Le bloc d'hospitalisation** : comprenant deux bâtiments abritant les malades opérés de la gynécologie d'une part et d'autre part les malades de la chirurgie générale de l'ophtalmologie, de l'ORL , de la pédiatrie et de la médecine générale.

**. Le bloc des services de la maternité et des interventions chirurgicales:** abrite la salle d'accouchement et les deux blocs opératoires.

**. Le bloc administratif** : ou se trouvent les bureaux et magasins du PEV, du développement social, de la brigade d'hygiène et le bureau du médecin chef de la commune.

**Le centre compte 99 travailleurs repartis comme suit :** Médecins (6) techniciens supérieur de santé (12), technicien de santé (23), sages femmes (17), infirmier du premier cycle (14), manœuvres et aides soignants (14), comptables (2), gardiens (4), chauffeurs (3), Secrétaires (1), caissières (2), administrateurs (1).

### **La commune V**

La commune V du district de Bamako couvre une superficie de 41 Km<sup>2</sup>. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée :

- au Nord-Ouest par le fleuve
- à l'Est par la commune VI
- au Sud –Ouest par le quartier Kalabankoro (cercle de kati)

Elle est constituée de neufs (9) quartiers : (Badalabougou, Sema, Quartier Mali, Torokoroougou, Sabalibougou, Bacodjicoroni, Kalabancoura, Daoudabougou, Guarantiguibougou).

La population est de 250202 habitants. (SLIS 2004)

Il a été créé en 1993 dans cette commune le 1<sup>er</sup> centre de santé de référence de Bamako .

Actuellement, ce centre compte plusieurs unités regroupées en cinq **(5) blocs** :

**. Un bloc administratif**

**. Un bloc de consultation externe comportant :**

- une unité de gynéco obstétrique
- une unité de médecine interne
- une unité de pédiatrie
- une unité de dermatologie
- une unité d'ophtalmologie
- une unité d'imagerie
- une unité de laboratoire d'analyse
- une unité de soins et d'injection

**. Un bloc maternité comportant :**

- une unité de maternité
- une unité suite de couche
- une unité PEV
- une unité de Néonatalogie
- une unité de planning familial

**. Un bloc opératoire :** avec une unité d'hospitalisation pour les malades opérés

**. Un bloc d'hospitalisation :** pour les malades de la pédiatrie, de la médecine, de la gynécologie non opérés.

**Le centre compte 166 travailleurs repartis comme suit :** Médecins (15) techniciens supérieur de santé (22), technicien de santé (21), sages femmes (34), infirmier du premier cycle (11), manœuvres et aides soignants (41), comptables (2), gardiens (9), chauffeurs (4), Secrétaires (2), caissières (2), administrateurs (1), standardistes (1), informaticien (1).

**2. Période d'étude :**

L'enquête a été effectuée de janvier à février 2005.

**3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale

**4. Population d'étude :**

Ont été concernés par cette étude :

- Agents de santé impliqués dans la prise en charge des enfants malades dans les centres de santé de référence.
- Mères ou accompagnants des enfants venus pour une consultation au niveau de l'unité enfant malade du centre.

**5- Echantillonnage :**

**5-1.Critères d'inclusion :**

- Agents de santé chargés de l'accueil de l'enfant malade ayant exercé à notre présence au moins dix (10) fois.
- Agents de santé chargés de la consultation des enfants malades acceptant de se soumettre à nos questionnaires et ayant examiné au moins dix (10) enfants à notre présence.
- Accompagnants / Mères des enfants vus à la consultation à notre présence acceptant de répondre à notre questionnaire.

#### **5-2. Critère de non-inclusion :**

- Agents de santé non impliqués dans la prise en charge des enfants malades
- Mères ou les accompagnants des enfants sains.
- Agents de santé / Mères ayant refusé de participer à l'étude.

#### **6.Support des données :**

Cinq types de questionnaire ont été utilisés :

- Un questionnaire pour l'inventaire de l'équipement et du matériel
- Une grille d'observation de l'agent de santé chargé de l'accueil
- Une grille d'observation de l'agent de santé pendant la consultation de l'enfant malade
- Un questionnaire pour l'interview du personnel de santé
- Un questionnaire pour l'interview des mères ou accompagnants à la sortie de la consultation.

#### **7. Déroulement de l'enquête :**

L'enquête a été menée par deux (2) étudiants en médecine dans les différents centres. Après l'obtention de l'autorisation des responsables des centres ; une pré-enquête a été effectuée. Cela a permis de corriger les différents questionnaires.

Le travail s'est déroulé selon les étapes suivantes dans les différents centres.

**La première étape:** évaluation de l'équipement et du matériel disponibles au sein de l'unité de pédiatrie du centre en observant et en interrogeant le responsable chargé du matériel à l'aide de questionnaire préétabli.

**La deuxième étape :** était basée sur l'observation de l'agent de santé durant l'accueil et la consultation de l'enfant malade. La grille d'observation comportait les différentes étapes d'une observation en pédiatrie comme décrit dans le manuel des << **PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION MARS 2000** >> à laquelle une partie examen physique a été associée et suivait les étapes de la méthodologie d'examen d'un enfant des cours académiques.

Chaque étape était appréciée à partir des éléments retenus dans les définitions opérationnelles. Chaque geste effectué par l'agent de santé était noté **OUI** (si fait) et **NON** (si non fait). Chaque agent était observé sur 10 cas.

Un questionnaire était ensuite donné à l'agent pour l'évaluation de leur connaissance.

**La troisième phase :** interrogatoire des mères à la sortie de la consultation pour apprécier leur satisfaction par rapport à la qualité des prestations reçues.

## **8. Analyse des données**

Les données ont été analysées sur le logiciel **EPI-INFO** et les résultats présentés sous forme de tableau.

## **9. Considérations d'éthique et de déontologie**

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout en matière de santé. Dans le souci de résoudre ce problème, une autorisation a été demandée à la Direction Régionale de la Santé (DRS) qui à son tour a expliqué aux responsables des différents centres l'utilité de ce travail dans l'exécution des programmes futurs.



Des contacts ont été ensuite pris avec le personnel des différents centres pour leur expliquer le but et l'intérêt qu'elle présente pour eux ; afin d'obtenir leur consentement.

### **10. Les variables étudiées sont :**

La vaccination, l'état nutritionnel des enfants, la prescription chez l'enfant, la voie d'administration des médicaments ; les signes cliniques des affections les plus fréquentes chez l'enfant ; la conduite à tenir et le traitement de choix des principaux symptômes et des affections les plus fréquemment rencontrés chez enfants, l'accueil des parents des enfants malades, l'interrogatoire l'examen physique, le traitement proposé, l'opinion des mères .

### **11. Définitions Opérationnelles**

**11.1- Qualité des soins :** se définit comme l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûres, qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la morbidité, la mortalité, l'invalidité et la malnutrition en fonction des besoins du client [7]

#### **11.2- Etat vaccinal de l'enfant est correctement évalué si l'agent :**

Demande le carnet de vaccination ou demande à la mère les vaccins effectués par l'enfant.

#### **11.3- Etat nutritionnel de l'enfant est correctement évalué si l'agent de santé :**

- trace la courbe du poids /age sur la fiche ou dans le carnet de l'enfant
- interprète les résultats d'après la courbe de croissance
- informe la mère des résultats
- donne des conseils appropriés au résultat

#### **11.4- Rapport diagnostic/prescription :**

- **Correct :**

Si l'agent de santé a retenu un diagnostic à la fin de l'examen et n'a prescrit que des médicaments indispensables dans la prise en charge du diagnostic retenu.

- **Incorrect:**

Si l'agent de santé a retenu un diagnostic à la fin de l'examen et a prescrit un ou plusieurs médicaments non indispensables dans la prise en charge du diagnostic retenu.

NB : Seront qualifiés d'indispensables les médicaments à viser étiologique et/ou symptomatique

**11.5- Dose prescrite :**

- **Correcte :**

Si la posologie était adaptée à l'âge et/ou au poids de l'enfant.

- **Incorrecte :**

Si la posologie était inadaptée à l'âge et/ou au poids de l'enfant.

**La disponibilité des médicaments a été appréciée selon la liste des médicaments génériques nécessaires pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant**

**Nos posologies de référence ont été celles de la PCIME**

**11.6-Connaissance des groupes cibles du PEV est correcte si l'agent cite :**

- Les enfants de 0 à 5 ans,
- Les femmes de 15 à 45 ans (femmes en âge de procréer).

**11.7- Connaissance des groupes cibles du VAT est correcte si l'agent cite :**

- Les femmes enceintes,
- Les femmes de 15 à 45 ans.

**11.8-Bon tri :** si l'agent donne la priorité aux urgences et fait entrer les malades selon l'ordre d'arrivée.

# RESULTATS

## RESULTATS

### I- Infrastructures et équipements

**Tableau I : Répartition de l'équipement en fonction de leur type par centre**

| Centres<br>Types d'équipement                           | Commune<br>II | Commune<br>IV | Commune<br>V |
|---|---------------|---------------|--------------|
| Salle d'attente   | +             | +             | +            |
| Chaises/bancs dans la salle d'attente                   | +             | +             | +            |
| Posters d'information sanitaire dans la salle d'attente | +             | +             | +            |
| Bureau pour le personnel                                | +             | +             | +            |
| Table de consultation                                   | +             | +             | +            |
| Endroit pour se laver les mains                         | +             | +             | +            |
| Savon pour se laver les mains                           | +             | +             | +            |

(+)= disponible dans le centre

Les centres de santé disposaient d'un environnement de travail adéquat.

**Tableau II : Répartition du matériel médical en fonction de leur type par centre**

| Centres                                  | Commune<br>II | Commune<br>IV | Commune<br>V |
|--|---------------|---------------|--------------|
| <b>Types de matériel médical</b>         |               |               |              |
| Stéthoscope médical                      | +             | +             | +            |
| Tensiomètre pour enfant                  | -             | -             | -            |
| Thermomètre                              | +             | +             | +            |
| pèse personne                            | +             | +             | +            |
| pèse bébé                                | +             | +             | +            |
| Mètre ruban                              | +             | -             | +            |
| Toise horizontale                        | +             | +             | +            |
| Toise verticale                          | +             | +             | +            |
| Otoscope                                 | +             | +             | +            |
| Source lumineuse pour examen de la gorge | -             | +             | +            |
| Abaisse langue                           | -             | +             | +            |
| Montre avec trotteuse                    | -             | -             | +            |
| Registre de consultation                 | +             | +             | +            |
| Carnets d santé / Fiches opérationnelles | +             | +             | +            |
| Seringues                                | +             | +             | +            |
| Aiguilles                                | +             | +             | +            |

(+) = disponible dans le centre

(-) = non disponible dans le centre

Aucun centre ne disposait de tensiomètre pour enfant.

La commune II ne disposait ni de source lumineuse, ni d'abaisse langue, ni de montre trotteuse. Ce dernier élément en plus du mètre ruban manquaient en commune IV.

**Tableau III : Répartition des médicaments disponibles en fonction de leur type par centre**

| Types de médicament                                 | Centres | Commune II | Commune IV | Commune V |
|---|---------|------------|------------|-----------|
| Amoxicilline orale                                  |         | +          | +          | +         |
| Cotrimoxazole orale                                 |         | +          | +          | +         |
| Chloroquine orale                                   |         | +          | +          | +         |
| Sulfadoxine pyrimetamine orale                      |         | +          | +          | +         |
| Paracétamol /AAS orale                              |         | +          | +          | +         |
| Vit A orale   |         | +          | -          | +         |
| Fer orale   |         | +          | +          | +         |
| Mebendazole orale                                   |         | +          | +          | +         |
| Pmde ophtalmique a la tétracycline                  |         | +          | +          | +         |
| Bleu de méthylène / violet de gentiane              |         | -          | -          | +         |
| Quinine injectable                                  |         | +          | +          | +         |
| Benzyl-pénicilline injectable                       |         | +          | +          | +         |
| Gentamicine injectable                              |         | +          | -          | +         |
| Diazépam injectable                                 |         | +          | +          | +         |
| Salbutamol injectable                               |         | -          | -          | -         |
| SRO   |         | +          | +          | +         |
| Eau distillée                                       |         | +          | +          | +         |
| Solution IV pour réhydratation<br>( L. Ringer,SSI ) |         | +          | +          | +         |

(+) = disponible dans le centre

(-) = non disponible dans le centre

Seul le salbutamol injectable était en rupture totale. Le violet de gentiane/bleu de Méthylène n'était pas disponible en commune IV et II. La gentamicine injectable et la vitamine A n'étaient pas disponibles en commune IV.

## II- Caractéristiques des prestataires

### 1. Prestataires chargés de la consultation

L'étude a concerné quinze(15) prestataires de santé dont six(6) en commune II ; Quatre( 4) en commune IV et cinq(5) en commune V.

Le cinquième agent de la commune V était un TSS qui a été seulement interrogée car elle s'occupait uniquement de la consultation ORL.

**Tableau IV : Répartition des prestataires en fonctions de leur profil par centre**

| Profil                             | Centres    |            |           |
|------------------------------------|------------|------------|-----------|
|                                    | Commune II | Commune IV | Commune V |
| Pédiatre                           | 1          | 0          | 1         |
| Méd en spécialisation en pédiatrie | 1          | 1          | 0         |
| Méd - Généraliste                  | 0          | 1          | 2         |
| TSS                                | 1          | 0          | 1         |
| TS                                 | 2          | 2          | 0         |
| Etudiant en méd                    | 1          | 0          | 1         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>6</b>   | <b>4</b>   | <b>5</b>  |

La prise en charge des enfants était assurée par un seul pédiatre en commune II et V. En commune IV, il n'y avait pas de pédiatre.

**Tableau V : Répartition des prestataires selon les classes d'âge par centre**

| Centres      | 20-40 ans |             | 40 ans et plus |             |
|--------------|-----------|-------------|----------------|-------------|
|              | EA        | %           | EA             | %           |
| Commune II   | 4         | 26,6        | 2              | 13,3        |
| Commune IV   | 2         | 13,3        | 2              | 13,3        |
| Commune V    | 3         | 20          | 2              | 13,3        |
| <b>TOTAL</b> | <b>9</b>  | <b>59,9</b> | <b>6</b>       | <b>39,9</b> |

EA = Effectif absolu

Environ 60 % des prestataires avaient moins de 40 ans.

**Tableau VI : Répartition des prestataires selon le sexe par centre**

| Sexes<br>Centres | Féminin  |             | Masculin |             |
|------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                  | EA       | %           | EA       | %           |
| Commune II       | 3        | 20          | 3        | 20          |
| Commune IV       | 3        | 20          | 1        | 6,6         |
| Commune V        | 2        | 13,3        | 3        | 20          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>8</b> | <b>53,3</b> | <b>7</b> | <b>46,6</b> |

53,3 % de nos prestataires étaient des femmes

**Tableau VII : Répartition des prestataires selon la durée d'exercice de leur fonction.**

| Effectifs des prestataires<br>Durée d'exercice de fonction | EA        | %          |
|--|-----------|------------|
| 0 - 4 ans  | 11        | 73,3       |
| 5 – 9 ans  | 1         | 6,6        |
| 10 – 20 ans  | 0         | 0          |
| 20 ans et plus   | 3         | 20         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>15</b> | <b>100</b> |

73,3 % des prestataires avaient une durée d'exercice comprise entre 0 et 4 ans.



## 2. Prestataires chargés de l'accueil

Nous avons observé 7 prestataires à l'accueil dont trois en commune II, trois en commune V et un prestataire en commune IV.

Ces prestataires sont exclusivement des aides soignantes.

59,1 % des prestataires avaient un âge compris entre 30 – 40 ans. L'âge maximum était de 40 ans et minimum de 20 ans.

**Tableau VIII: Répartition des prestataires selon la durée d'exercice de leur fonction.**

| Effectifs des prestataires          | EA       | %          |
|-------------------------------------|----------|------------|
| <b>Durée d'exercice de fonction</b> |          |            |
| 1 – 3 ans                           | 5        | 71,40      |
| 3 – 6 ans                           | 1        | 14,33      |
| 6 – 17 ans                          | 0        | 0          |
| 17 ans et plus                      | 1        | 14,3       |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>7</b> | <b>100</b> |

La majorité des prestataires chargés de l'accueil (71,4 %) sont en fonction dans le centre depuis moins de trois(3) ans.

**Tableau IX : Répartition des prestataires formés en PCIME par centres.**

| Centres   | EA de prestataires s'occupant de la PEC | EA de prestataires formés en PCIME | % de prestataires formés en PCIME |
|-----------|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| Commun II | 11                                      | 5                                  | 45,45%                            |
| Commun IV | 9                                       | 0                                  | 0%                                |
| Commun V  | 12                                      | 5                                  | 41,66%                            |

Moins de la moitié des prestataires ont été formés à la PCIME en commune II et V ; aucun prestataire de la commune IV n'a été formé.

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

### III- Connaissances, attitudes, et pratiques des prestataires

#### 1. Connaissances des prestataires

**Tableau X : Répartition des prestataires selon les groupes cibles évoqués pour le PEV.**

| Effectifs des prestataires  | EA        | %          |
|---|-----------|------------|
| <b>Groupes cibles évoqués</b>                                       |           |            |
| Enfants de 0 –11 mois   | 4         | 26,7       |
| Enfants de 0- 24 mois   | 1         | 6,7        |
| Enfants de 0 – 5 ans /femmes enceintes et femmes en âge de procréer | 8         | 53,4       |
| Enfants de 0 – 24 mois / femmes enceintes                           | 2         | 13,3       |
| <b>TOTAL</b>  | <b>15</b> | <b>100</b> |

53,4% des prestataires avaient une bonne connaissance des groupes cibles du PEV.

**Tableau XI : Répartition des prestataires selon les groupes cibles évoqués pour le VAT.**

| Effectifs des prestataires                           | EA(n=15) | %    |
|--|----------|------|
| <b>Groupes cibles évoqués</b>                        |          |      |
| Femmes enceintes                                     | 6        | 40   |
| Femmes enceintes et femmes en âge de procréer        | 3        | 20   |
| Blessés non-vaccinés et femmes en âge de procréer    | 2        | 13,3 |
| sujets exposés et nouveau-nés de mères non vaccinées | 6        | 40   |

Seulement 20% des prestataires avaient une connaissance parfaite des groupes cibles du VAT.

**Tableau XII: Répartition des prestataires enquêtés selon les paramètres d'appréciation de l'état nutritionnel d'un enfant.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | %    |
|----------------------------|-----------|------|
| Types de Paramètre         |           |      |
| Age                        | 6         | 40   |
| PC                         | 5         | 33,3 |
| PB                         | 8         | 53,3 |
| PT                         | 1         | 6,7  |
| Poids                      | 15        | 100  |
| Taille                     | 10        | 66,7 |
| Etat général               | 2         | 13,3 |
| Aspect des cheveux         | 4         | 26,7 |
| Coloration des muqueuses   | 2         | 13,3 |
| Ration journalière         | 2         | 13,3 |
| Etat d'hydratation         | 2         | 13,3 |

Les paramètres les plus cités ont été le poids (100 %) suivi du PB 53,3 %.

**Tableau XIII: Répartition des prestataires enquêtés selon leurs sources d'information concernant la prescription chez l'enfant.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | %    |
|----------------------------|-----------|------|
| Sources d'information      |           |      |
| Délégués médicaux          | 15        | 100  |
| Revue médicale             | 12        | 80   |
| Livres                     | 14        | 93,3 |
| Conférences / congres      | 12        | 80   |
| Cours                      | 11        | 73,3 |
| Autres                     | 3         | 20   |

Autres = Internet (3)

Les délégués médicaux ont été cités par tous les prestataires comme sources d'information.

**Tableau XIV : Répartition des prestataires selon les critères évoqués pour le choix des médicaments.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | %    |
|----------------------------|-----------|------|
| <b>Critères évoqués</b>    |           |      |
| Efficacité                 | 15        | 100  |
| Coût                       | 15        | 100  |
| Suggestion des délégués    | 4         | 26,7 |
| Disponibilité au centre    | 12        | 80   |
| Facilité d'administration  | 11        | 73,3 |
| Autre                      | 1         | 6,7  |

Autre = facilité d'observance du traitement

Les critères les plus utilisés pour choisir un médicament étaient l'efficacité et le coût (100 %) des cas.

**Tableau XV : Répartition des prestataires selon les signes cliniques évoqués pour l'accès palustre**

| Effectifs des prestataires      | EA (n=15) | %     |
|---------------------------------|-----------|-------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b> |           |       |
| Fièvre                          | 15        | 100   |
| Vomissements                    | 10        | 66,6  |
| Frissons                        | 2         | 13,33 |
| Anorexie                        | 3         | 20    |
| Douleur abdominale              | 6         | 40    |
| Diarrhée                        | 3         | 20    |
| Arthralgie                      | 2         | 13,33 |
| Asthénie                        | 2         | 13,33 |
| Anémie                          | 2         | 13,33 |

Les signes cliniques les plus cités par les prestataires ont été la fièvre ( 100 %) et les vomissements(66,6 %).

**Tableau XVI : Répartition des prestataires selon les signes cliniques évoqués pour les IRA.**

| Effectifs des prestataires      | EA (n=15) | %     |
|---------------------------------|-----------|-------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b> |           |       |
| Fièvre                          | 9         | 60    |
| Toux                            | 12        | 80    |
| Dyspnée                         | 8         | 53,33 |
| Battement des ailes du nez      | 4         | 26,66 |
| Tirage sous et intercostal      | 4         | 26,66 |
| Geignement                      | 3         | 20    |
| Présence de râle                | 5         | 33,33 |

La toux représente 80 % des signes évoqués par les prestataires suivi de la fièvre(60 %) et la dyspnée (53,3%).

**Tableau XVII: Répartition des prestataires selon les signes cliniques évoqués pour la rougeole.**

| Effectifs des prestataires      | EA (n=15) | %     |
|---------------------------------|-----------|-------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b> |           |       |
| Fièvre                          | 13        | 86,66 |
| Signe de koplick                | 5         | 33,33 |
| Eruption cutanée                | 14        | 93,33 |
| Ecoulement naso-oculaire        | 3         | 20    |
| Conjonctivite                   | 4         | 26,66 |
| Toux                            | 4         | 26,66 |
| Diarrhée                        | 2         | 13,33 |

Les signes cliniques de la Rougeole les plus cités ont été l'éruption cutanée (93,33 %) et la fièvre (86,66 %).

**Tableau XVIII : Répartition des prestataires selon les signes cliniques évoqués pour la malnutrition.**

| <b>Effectifs des prestataires</b> | <b>EA (n=15)</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|------------------|----------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b>   |                  |          |
| Perte de poids                    | 7                | 46,7     |
| Œdème des MI                      | 7                | 46,7     |
| Cheveux fins et crépis            | 1                | 6,7      |
| Anémie                            | 2                | 13,3     |
| Maigreur constitutionnelle        | 7                | 46,7     |
| Bouffissure du visage             | 1                | 6,7      |
| Déshydratation                    | 8                | 53,3     |
| Diarrhée                          | 2                | 13,3     |
| Cheveux roux et cassant           | 8                | 53,3     |
| Cris incessants                   | 2                | 13,3     |

Dans 53,3 % des cas les prestataires ont évoqué les cheveux roux cassant et la déshydratation.

**Tableau XIX : Répartition des prestataires selon les signes cliniques Evoqués pour la dysenterie.**

| <b>Effectifs des prestataires</b> | <b>EA n=15)</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|-----------------|----------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b>   |                 |          |
| Diarrhée sanguinolente            | 12              | 80       |
| Diarrhée glaireuse                | 11              | 73,3     |
| Ténesme                           | 6               | 40       |
| Epreinte                          | 4               | 26,6     |
| Douleur abdominale                | 9               | 60       |
| Hyperthermie                      | 3               | 20       |

80 % des prestataires ont cité la diarrhée sanguinolente et 73,3 % la diarrhée glaireuse.

**Tableau XX : Répartition des prestataires selon les signes clinique évoqués pour l'angine rouge.**

| <b>Effectifs des prestataires</b> | <b>EA (n=15)</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|------------------|----------|
| <b>Signes cliniques évoqués</b>   |                  |          |
| Gorge rouge                       | 9                | 60       |
| Inflammation des amygdales        | 8                | 53,3     |
| Dysphagie                         | 12               | 80       |
| Fièvre                            | 11               | 73,3     |
| Adénopathie satellite             | 2                | 13,3     |
| vomissements                      | 3                | 20       |

Les signes les plus cités par les prestataires ont été :

- la dysphagie pour 80 %,
- la fièvre 73,3 %.

## 2. Attitudes des prestataires

**Tableau XXI : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas d'accès palustre.**

| Effectifs des prestataires         | EA (n=15) | %          |
|------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Attitudes</b>                   |           |            |
| Traiter directement                | 4         | 26,7       |
| Faire GE et Traiter après résultat | 11        | 73,3       |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>15</b> | <b>100</b> |

73,3 % des prestataires ont souhaité faire la GE et traiter après le résultat.

**Tableau XXII : Répartition des prestataires selon leur traitement de choix de l'accès palustre simple.**

| Effectifs des prestataires | EA (n = 15) | %          |
|----------------------------|-------------|------------|
| <b>Traitement de choix</b> |             |            |
| Dérivés de l'artémisinine  | 2           | 13,3       |
| Camoquin                   | 3           | 20         |
| Chloroquine                | 4           | 26,7       |
| Sels de quinine            | 6           | 40         |
| <b>TOTAL</b>               | <b>15</b>   | <b>100</b> |

40 % des prestataires ont cité les sels de quinine comme leur traitement de choix. Seulement 26,7% des prestataires ont cité la chloroquine qui est le médicament de première intention recommandé par la PCIME.

**Tableau XX III : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas d'IRA**

| Effectifs des prestataires                          | EA (n=15) | %          |
|---|-----------|------------|
| <b>Attitudes</b>                                    |           |            |
| Traiter directement                                 | 5         | 33,3       |
| Faire Rx thorax de face après traiter               | 9         | 60         |
| Hospitalisation + traitement + suivi de l'évolution | 1         | 6,7        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>15</b> | <b>100</b> |



60 % des Prestataires enquêtés préféraient faire la Rx du thorax de face après la mise en route du traitement, 33,3 % préféraient traiter directement.

**Tableau XXIV : Répartition des prestataires selon leur traitement de choix des IRA.**

| Effectifs des prestataires                        | EA (n=15) | %          |
|---|-----------|------------|
| <b>Traitements de choix</b>                       |           |            |
| <b>Amoxicilline</b>                               | 9         | 60         |
| <b>Cotrimoxazole</b>                              | 2         | 13,3       |
| <b>Céphalosporines 3<sup>ème</sup> génération</b> | 2         | 13,3       |
| <b>Erythromycine</b>                              | 2         | 13,3       |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>15</b> | <b>100</b> |

60 % des prestataires préféraient l'amoxicilline pour le traitement des IRA.

**Tableau XXV : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas rougeole.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | %    |
|----------------------------|-----------|------|
| <b>Attitudes</b>           |           |      |
| Traitement symptomatique   | 13        | 86,6 |
| Isolement du malade        | 3         | 20   |
| Bilan( NFS et Rx thorax)   | 2         | 13,3 |
| Vitamines                  | 1         | 6,7  |
| Conseil nutritionnel       | 4         | 26,7 |

86,66 % des prestataires préféraient faire un traitement symptomatique de la rougeole.

**Tableau XXVI : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas de malnutrition.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | %    |
|----------------------------|-----------|------|
| <b>Attitudes</b>           |           |      |
| Vitaminothérapie           | 6         | 40   |
| IECS                       | 5         | 33,3 |

|                              |    |      |
|------------------------------|----|------|
| Déparasitage                 | 5  | 33,3 |
| Conseil nutritionnel         | 11 | 73,3 |
| Traitement des complications | 1  | 6,7  |

IECS = Information Education Communication pour la Santé

73,33 % de nos prestataires ont préconisé les conseils nutritionnels.

**Tableau XXVII : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas de diarrhée.**

| Effectifs des prestataires   | EA (n=15) | %    |
|--|-----------|------|
| <b>Attitudes</b>   |           |      |
| Réhydratation VO / IV  | 15        | 100  |
| Anti-diarrhéique   | 2         | 13,3 |
| Antibiotique   | 1         | 6,7  |
| Bilan (selles POK, coproculture, NFS, ionogramme) + traitement étiologique | 1         | 6,7  |

La réhydratation VO/IV est la conduite préconisée par tous les prestataires

**Tableau XXVIII : Répartition des prestataires selon leur traitement de choix de la diarrhée.**

| Effectifs des prestataires  | EA (n=15) | %    |
|-----------------------------|-----------|------|
| <b>Traitements de choix</b> |           |      |
| Réhydratation VO/IV         | 13        | 86,6 |
| Cotrimoxazole               | 7         | 46,8 |
| Actapulgit                  | 2         | 13,3 |
| Cotrimoxazole+Metronidzole  | 1         | 6,7  |
| Erytromycine                | 1         | 6,7  |

Le traitement de choix pour 86,6 % des prestataires a été la réhydratation.

**Tableau XXIX : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas de dysenterie.**

| Effectifs des prestataires | EA (n=15) | % |
|----------------------------|-----------|---|
| <b>Attitudes</b>           |           |   |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Réhydratation                            | 8 | 53,33 |
| Antibiothérapie                          | 6 | 40    |
| Bilan(NFS,coproculture,selles POK)       | 8 | 53,33 |
| IECS (conseil d'hygiène et nutritionnel) | 4 | 26,66 |

Moins de la moitié des prestataires (40%) ont cité l'antibiothérapie comme traitement de choix de la dysenterie.

**Tableau XXX : Répartition des prestataires selon leur traitement de choix de la dysenterie.**

| Effectifs des prestataires                        | EA (n=15) | %    |
|---|-----------|------|
| <b>Traitements de choix</b>                       |           |      |
| Métronidazole                                     | 6         | 40   |
| Cotrimoxazole                                     | 1         | 6,7  |
| Métronidazole + Cotrimoxazole                     | 7         | 46,7 |
| Ciprofloxacine                                    | 1         | 6,7  |
| Cotrimoxazole+Tiliquinol (INTETRIX <sup>®</sup> ) | 1         | 6,7  |

46,7 % des prestataires ont cité l'association Métronidazole + Cotrimoxazole comme étant leur traitement de choix.

**Tableau XXXI : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas d'angine rouge.**

| Effectifs des prestataires        | EA (n=15) | %    |
|-----------------------------------|-----------|------|
| <b>Attitudes</b>                  |           |      |
| Faire ASLO                        | 4         | 26,7 |
| Prélèvement de la gorge pour ECB  | 3         | 20   |
| Anti inflammatoire + antibiotique | 6         | 40   |

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
|                 |   |    |
| Antibiothérapie | 9 | 60 |

L'antibiothérapie a été la conduite la plus citée par les prestataires (60%), (40%) préféraient associer un anti inflammatoire à l'antibiotique

**Tableau XXXII : Répartition des prestataires selon leur traitement de choix de l'angine rouge.**

| <b>Effectifs des prestataires</b>             | <b>EA (n=15)</b> | <b>%</b>   |
|---|------------------|------------|
| <b>Traitements de choix</b>                   |                  |            |
| Penicilline V                                 | 7                | 46,7       |
| Erythromycine                                 | 2                | 13,3       |
| Céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération | 4                | 26,7       |
| Amoxicilline                                  | 2                | 13,3       |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>15</b>        | <b>100</b> |

La penicilline V a été l'antibiotique la plus cité par les prestataires 46,7 %.

**Tableau XXXIII : Répartition des prestataires selon leurs attitudes devant un cas des convulsions chez l'enfant.**

| <b>Effectifs des prestataires</b>   | <b>EA (n=15)</b> | <b>%</b> |
|---|------------------|----------|
| <b>Attitudes</b>  |                  |          |
| Enveloppement humide  | 7                | 46,7     |
| Diazépam IV / IR  | 15               | 100      |
| Hospitalisation   | 1                | 6,7      |
| Recherche étiologique (GE, PL, glycémie, ionogramme) + traitement de la cause | 4                | 26,7     |

Tous les prestataires ont préconisé l'administration du diazépam .

**Tableau XXXIV : Répartition des prestataires selon leur préférence de voie d'administration des médicaments.**

| Effectifs des prestataires    | EA (n=15) | %    |
|-------------------------------|-----------|------|
| <b>Voies d'administration</b> |           |      |
| IM                            | 6         | 40   |
| IV                            | 8         | 53,3 |
| VO                            | 3         | 20   |
| IR                            | 7         | 46,7 |

La voie IV est la plus utilisée par les prestataires(53,3%).

### 3. Pratiques des prestataires

#### 3.1- Prestataires chargés de l'accueil

**Tableau XXXV : Répartition des consultants en fonction des conditions d'accueil.**

| Effectifs des consultants            | EA (n=70) | %    |
|--------------------------------------|-----------|------|
| <b>Conditions d'accueil</b>          |           |      |
| Invitation à s'asseoir               | 47        | 67,1 |
| Salutation                           | 52        | 74,3 |
| Invitation à s'asseoir et salutation | 38        | 54,3 |

54,3 % des consultants ont été correctement accueillis.

**Tableau XXXVI : Fréquence de recherche d'information par les prestataires au moment de l'accueil dans les centres**

| Fréquences de recherche               | Freq (n=70) | %    |
|---------------------------------------|-------------|------|
| <b>Types d'information recherchée</b> |             |      |
| Le motif de consultation              | 33          | 47,1 |

|                             |    |      |
|-----------------------------|----|------|
| Carnet de santé de l'enfant | 32 | 45,7 |
| Carnet de santé de la mère  | 2  | 2,9  |
| Nom et prénom de l'enfant   | 45 | 64,3 |
| Age de l'enfant             | 45 | 64,3 |

Les informations les moins recherchées ont été le carnet de santé de la mère(2,9%), le carnet de santé de l'enfant (45,7%) ,le motif de consultation (47,1%)des cas.

**Tableau XXXVII : La fréquence des principaux gestes effectués pendant la pesée.**

| <b>Fréquences des gestes</b>                                | <b>Freq(n=70)</b> | <b>%</b> |
|---|-------------------|----------|
| <b>Gestes effectuées</b>                                    |                   |          |
| Nettoyer la balance   | 10                | 14,3     |
| Tarer la balance  | 64                | 91,4     |
| Déshabiller l'enfant  | 46                | 65,7     |
| Installer l'enfant  | 68                | 97,1     |
| Ajuster le curseur  | 69                | 98,6     |
| Noter le poids dans le carnet ou les fiches opérationnelles | 32                | 45,7     |

Au cours de la pesée la balance n'a été nettoyée que dans 14,3 % des cas.

La notification des chiffres dans le carnet / fiches opérationnelles n'a été faite que dans 45,7 %.

**\*Prise de la température :** Au cours de la prise de la température, le thermomètre était correctement utilisé dans 100 % des cas et les chiffres corrigés dans 98,6 % des cas. Le paramètre le plus négligé était la notification dans le carnet effectuée seulement chez 44,3 % des malades.

**\* Tri**

Dans 98,6 % des cas, l'agent de santé faisait un bon tri des malades.

**\* IECS**

Lors de notre passage, les séances d'IECS n'ont été effectuées dans aucun centre.

### 3.2 Les Prestataires chargés de la consultation

**Tableau XXXVIII: Répartition des consultants en fonction des conditions d'accueil.**

| Effectifs des consultants            | EA (n=140) | %    |
|--------------------------------------|------------|------|
| <b>Conditions d'accueil</b>          |            |      |
| Invitation à s'asseoir               | 129        | 92,1 |
| Salutation                           | 124        | 88,6 |
| Invitation à s'asseoir et salutation | 116        | 82,8 |

82,8% des consultants ont été correctement accueillis.

**Tableau XXXIX: Fréquence de recherche d'informations par les prestataires au moment de la consultation dans les centres**

| <b>Fréquences de recherche</b>        | <b>Freq(n=140)</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------|--------------------|----------|
| <b>Types d'information recherchée</b> |                    |          |
| Type de visite                        | 23                 | 16,4     |
| Carnet de santé                       | 57                 | 40,7     |
| L'âge en mois                         | 127                | 90,7     |
| Le poids                              | 137                | 97,9     |
| La température                        | 116                | 82,9     |

Le poids (97,9 %), l'âge en mois (90,7 %), la température (82,9 %) ont été plus souvent recherchés.

**Tableau XL : Fréquence des types de signes généraux de dangers recherchés par les prestataires.**

| <b>Fréquences de recherches</b>          | <b>Freq(n=140)</b> | <b>%</b> |
|--|--------------------|----------|
| <b>Types de signes généraux</b>          |                    |          |
| Vomissements incoercibles                | 45                 | 32,1     |
| Convulsions                              | 1                  | 0,7      |
| Léthargique ou inconscient               | 2                  | 1,4      |
| Incapable de boire ou de prendre le sein | 3                  | 2,1      |

Les signes généraux de danger n'ont pratiquement pas été recherchés par nos agents ; le plus recherché a été les vomissements incoercibles (32,1 %).

**Tableau XLI : Fréquence des paramètres d'appréciation de l'état nutritionnel**

| <b>Fréquences d'exécution</b>                            | <b>Freq(n=140)</b> | <b>%</b> |
|--|--------------------|----------|
| <b>Paramètres de l'état nutritionnel</b>                 |                    |          |
| Trace la courbe poids / âge dans le carnet               | 6                  | 4,3      |
| Interprète les résultats d'après la courbe de croissance | 6                  | 4,3      |
| Informe la mère de l'état nutritionnel de l'enfant       | 12                 | 8,6      |
| Donne des conseils appropriés aux résultats              | 12                 | 8,6      |
| Demande la prise de vitamine A                           | 2                  | 1,4      |

L'état nutritionnel des enfants a été rarement évalué par les praticiens.



**Tableau XLII : Répartition des fréquences selon l'effectivité d'apprécier l'état Vaccinal.**

| Fréquences d'appréciation     | Freq(n=140) | %          |
|-------------------------------|-------------|------------|
| <b>Etat vaccinal apprécié</b> |             |            |
| Oui                           | 17          | 12,1       |
| Non                           | 123         | 87,9       |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>140</b>  | <b>100</b> |

L'état vaccinal n'a été apprécié que chez 12,1 % des malades.

**Tableau XLIII : Répartition des fréquences selon l'effectivité de déshabiller l'enfant pour l'examen physique.**

| Fréquences d'exécution     | Freq(n=140) | %          |
|----------------------------|-------------|------------|
| <b>Enfants déshabillés</b> |             |            |
| Oui                        | 101         | 72,1       |
| Non                        | 39          | 27,9       |
| <b>TOTAL</b>               | <b>140</b>  | <b>100</b> |

72,1 % des enfants ont été déshabillés au moment de l'examen.

**Tableau XLIV : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de la peau et des phanères.**

| Fréquences des gestes        | Freq(n=140) | %    |
|------------------------------|-------------|------|
| <b>Gestes effectués</b>      |             |      |
| Examen de la conjonctive     | 125         | 89,3 |
| Examen de la paume des mains | 18          | 12,9 |
| Examen de la fontanelle      | 19          | 13,6 |

La paume des mains (12,9 %), la fontanelle(13,6) ont été rarement examinées.

**Tableau XLV : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil respiratoire.**

| Fréquences des gestes   | Freq(n=140) | %    |
|-------------------------|-------------|------|
| <b>Gestes effectués</b> |             |      |
| Prend FR                | 1           | 0,7  |
| Percute le thorax       | 22          | 15,7 |
| Ausculte le thorax      | 128         | 91,4 |

La FR n'a été prise que dans 0,7 % des cas et la percussion du thorax effectuée chez seulement 15,7 % des enfants.

**Tableau XLVI : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil cardio-vasculaire.**

| Fréquences des gestes                | Freq(n=140) | %    |
|--------------------------------------|-------------|------|
| <b>Gestes effectués</b>              |             |      |
| Prend la FC                          | 4           | 2,9  |
| Ausculte les 4 foyers cardiaques     | 116         | 82,9 |
| Palpe les pouls fémoraux et huméraux | 5           | 3,6  |

La prise de la FC et de la palpation des pouls huméraux n'ont été effectuées que chez respectivement 2,9 % et 3,6 % des enfants.

**Tableau XLVII : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil digestif.**

| Fréquences des gestes   | Freq(n=140) | %    |
|-------------------------|-------------|------|
| <b>Gestes effectués</b> |             |      |
| Palpe l'abdomen         | 111         | 79,3 |
| Percute l'abdomen       | 58          | 41,4 |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| Ausculte l'abdomen | 0 | 0 |
|--------------------|---|---|

Auscultation abdominale n'a été effectuée chez aucun malade.

**Tableau XLVIII : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil uro- génital.**

| Fréquences des gestes        | Freq(n=140) | %   |
|------------------------------|-------------|-----|
| <b>Gestes effectués</b>      |             |     |
| Palpe les testicules         | 7           | 9,1 |
| Palpe les fosses lombaires   | 1           | 0,7 |
| Percute les fosses lombaires | 1           | 0,7 |
| Palpe la région inguinale    | 10          | 7,1 |

L'examen de l'appareil uro-génital n'était pratiquement pas fait.

**Tableau XLIX : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil Lympho glandulaire.**

| Fréquences des gestes           | Freq(n=140) | %   |
|---------------------------------|-------------|-----|
| <b>Gestes effectués</b>         |             |     |
| Palpe la région sous Maxillaire | 2           | 1,4 |
| Palpe la région axillaire       | 2           | 1,4 |

L'examen lympho glandulaire n'a été fait que chez 1,4 % des enfants.

**Tableau L : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen de l'appareil osteo-articulaire.**

| Fréquences des gestes                   | Freq(n=140) | %   |
|---|-------------|-----|
| <b>Gestes effectués</b>                 |             |     |
| Fait une mobilisation des articulations | 4           | 2,9 |

**Tableau LI : Fréquence des gestes effectués par les prestataires lors de l'examen ORL et bucco dentaire.**

| <b>Fréquences des gestes</b>                            | <b>Freq(n=140)</b> | <b>%</b> |
|---|--------------------|----------|
| <b>Gestes effectués</b>                                 |                    |          |
| Rechercher une sensibilité du Tragus                    | 41                 | 29,3     |
| Regarder dans la bouche                                 | 93                 | 66,4     |
| Regarder dans le nez                                    | 46                 | 32,9     |
| Utiliser des abaisses langues pour l'examen de la gorge | 66                 | 47,1     |

Les principaux gestes de l'examen ORL ont été faits chez moins de la moitié des enfants. Seul l'examen de la bouche a été fait chez 66,4 % des enfants.

**Tableau LII : Fréquence des Types de pathologie diagnostiquée.**

| <b>Fréquences de diagnostic</b>          | <b>Freq (n = 140)</b> | <b>%</b> |
|--|-----------------------|----------|
| <b>Types de pathologie diagnostiquée</b> |                       |          |
| IRA                                      | 47                    | 33,5     |
| Accès palustre                           | 14                    | 10       |

|                                  |            |            |
|----------------------------------|------------|------------|
| Gastro-entérite                  | 10         | 7,1        |
| Accès palustre + IRA             | 5          | 3,6        |
| Accès palustre + Gastro-entérite | 2          | 1,4        |
| IRA +Gastro-entérite             | 4          | 2,9        |
| Varicelle                        | 4          | 2,9        |
| Non connu                        | 3          | 2,1        |
| Autres                           | 51         | 36,4       |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>140</b> | <b>100</b> |

Autres = Colique du nouveau né, parasitoses digestives, infection néo-natale, muguet , MPE.

Les IRA (33,5 %) et l'accès palustre(10 %) ont été les pathologies les plus diagnostiquées .

**Tableau LIII: Répartition de la fréquence selon le type de retro information des parents après l'examen.**

| <b>Fréquences</b>   | <b>Freq(n=140)</b> | <b>%</b> |
|---|--------------------|----------|
| <b>Types de retro information</b>                             |                    |          |
| Informe les parents du diagnostic                             | 61                 | 43,6     |
| Note le résultat dans le carnet ou le registre                | 106                | 75,1     |
| Fait une demande d'examen complémentaire                      | 20                 | 14,3     |
| Donne des explications sur la demande d'examen complémentaire | 16                 | 11,4     |

Seulement 43,6 % des parents ont été informés du diagnostic, dans 14,3 % des cas, l'agent a fait une demande d'examen complémentaire.

**Tableau LIV : Répartition de la fréquence selon les types de médicaments prescrits.**

| Fréquences de prescription            | Freq(n=140) | %    |
|---------------------------------------|-------------|------|
| <b>Types de médicaments prescrits</b> |             |      |
| Anti paludique oral                   | 63          | 45   |
| Anti paludique injectable             | 6           | 4,3  |
| Anti pyrétique oral                   | 51          | 36,4 |
| Anti pyrétique injectable             | 7           | 6,2  |
| Antibiotique oral                     | 95          | 67,9 |
| Antibiotique injectable               | 12          | 8,6  |
| Vitamine A ou autres                  | 22          | 15,7 |
| SRO                                   | 5           | 3,6  |
| Perfusion RLSG/SSI                    | 8           | 5,7  |
| Anti diarrhéique                      | 15          | 10,7 |
| Autres médicaments                    | 123         | 87,9 |

Autres = Carbocysteine, vogalène (Metopimazine), Mebendazole, Mucomust(Acétyl cystéine), Albendazole , Fungizone (Amphotericine B)...

Les antibiotiques et les antipaludiques ont été les plus fréquemment prescrits (67,9 %) et (45 %).

L'anti paludique oral le plus prescrit était l'amodiaquine 58,8 %.

Les antibiotiques oraux les plus prescrits étaient le cotrimoxazole (30,52 % ) et l'amoxicilline 26,31 %).

**Tableau LV : Répartition de la fréquence des types de conseil donné aux parents.**

| Types de conseil | Fréquences de conseil donné | Freq (n=140) | %    |
|------------------|-----------------------------|--------------|------|
| Vaccination      |                             | 1            | 0,7  |
| Diététique       |                             | 23           | 16,4 |
| Hygiène          |                             | 12           | 8,6  |
| Automédication   |                             | 1            | 0,7  |

Les parents ont reçu très peu de conseils dans nos centres.

70 % des enfants ont reçu des explications par rapport à l'administration des médicaments.

La compréhension des parents a été peu vérifiée par rapport à la prise des médicaments(1,4%).Un rendez-vous a été donné dans 99,3% des cas.

Dans 55,7 % des prescriptions, le rapport diagnostic prescription était correct.

Dans 63,6 % des prescriptions, il y avait une adéquation de la dose en fonction du poids.

#### IV- Caractéristiques et perceptions des mères

**Tableau LVI : Répartition des mères ou accompagnants selon leurs tranches d'âges.**

| Tranches d'âges | EA (n= 140) | %          |
|-----------------|-------------|------------|
| 15 – 24 ans     | 53          | 37,9       |
| 25 – 34 ans     | 63          | 45         |
| 35 – 44 ans     | 20          | 14,3       |
| 45 – 54 ans     | 4           | 2,9        |
| <b>TOTAL</b>    | <b>140</b>  | <b>100</b> |

45 % des mères avait une tranche d'âge comprise entre 25 – 34 ans, l'âge maximum était de 51 ans et minimum 16 ans.

**Tableau LVII: Répartition des mères selon leur profession.**

| Professions des mères | EA (n= 140) | %          |
|-----------------------|-------------|------------|
| Ménagère              | 81          | 57,9       |
| Salarié mensuel       | 20          | 14,3       |
| Petit commerce        | 27          | 19,3       |
| Elève / Etudiante     | 12          | 8,6        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>140</b>  | <b>100</b> |

57,9 % des mères étaient des ménagères.

**Tableau LVIII : Répartition des mères selon leur niveau d’alphabétisation en français.**

| Niveau d’alphabétisation | EA (n= 140) | %          |
|--------------------------|-------------|------------|
| Non alphabétisé          | 51          | 36,4       |
| 1 <sup>er</sup> cycle    | 31          | 22,1       |
| 2 <sup>nd</sup> cycle    | 31          | 22,1       |
| Secondaire               | 18          | 12,9       |
| Supérieur                | 9           | 6,4        |
| <b>TOTAL</b>             | <b>140</b>  | <b>100</b> |

36,4 % des mères n’étaient pas alphabétisées, seulement 12,9 % avaient un niveau d’alphabétisation secondaire et 6,4 % un niveau d’alphabétisation supérieur.

**Tableau LIX: Répartition des mères selon leur statut matrimonial.**

| Statut matrimonial | EA (n= 140) | %          |
|--------------------|-------------|------------|
| Célibataire        | 22          | 15,7       |
| Marié              | 115         | 82,1       |
| Divorcé            | 2           | 1,4        |
| Veuve              | 1           | 0,7        |
| <b>TOTAL</b>       | <b>140</b>  | <b>100</b> |

82,1 % des mères interviewées étaient mariées.



**Tableau LX : Répartition des mères selon leurs types d'opinions sur la qualité de la consultation dans les centres de santé.**

| Effectifs des mères<br>Types d'opinion                          | OUI         |      | NON         |      |
|---|-------------|------|-------------|------|
|   | EA (n= 140) | %    | EA (n= 140) | %    |
| Accueil satisfaisant  | 136         | 97,1 | 4           | 2,9  |
| Examen correct de l'enfant                                      | 133         | 95   | 7           | 5    |
| A été informé du diagnostic                                     | 81          | 57,9 | 59          | 42,1 |
| A reçu une ordonnance   | 133         | 95   | 7           | 5    |
| A reçu des explications sur la prise des médicaments            | 105         | 75   | 35          | 25   |
| A reçu des conseils de la part de l'agent de santé              | 101         | 72,1 | 39          | 27,9 |
| A reçu des explications sur les signes d'aggravation de maladie | 29          | 20,7 | 111         | 79,3 |
| A été informé des dates du rendez-vous                          | 123         | 87,9 | 17          | 12,1 |

La qualité de l'accueil était satisfaisante selon 97,1 % des mères.

La qualité de l'examen était correcte selon 95 % des mères.

Dans 95 % des cas, les mères ont reçu une ordonnance de la part de l'agent de santé.

Dans 75 % des cas, les mères ont bénéficié d'une explication sur la prise des

médicaments.

87,9 % des mères ont bénéficié d'un rendez-vous.

Par contre une faible proportion des mères (20,7 %) a reçu des explications sur les signes de gravité de la maladie.

Aucune mère n'avait assisté à des séances de causerie dans les centres.

La raison de la non satisfaction des mères par rapport à la qualité de l'accueil était due à la non salutation 50% des cas.

La non satisfaction des mères par rapport à la qualité de l'examen était due au fait que l'enfant n'a pas été installé sur la table de consultation (57%) et qu'il n'a pas été déshabillé (43%).

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### **I. Limites de la méthodologie**

Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de contraintes.

Dans le choix du lieu d'étude ; nous nous sommes limités à quelques centres de santé de référence pour les raisons suivantes :

- Le plateau technique est plus adapté à la prise en charge des enfants au niveau des centres de santé de référence qu'au niveau des centres de santé communautaire.
- Nous n'avons pas pu étendre l'étude à tous les centres de santé de référence du fait de la modestie de nos moyens financiers et matériels.

Notre grille d'observation des prestataires a été basée à la fois sur les normes et procédures et sur la méthodologie d'examen de l'enfant des cours académiques, parce que lors de la pré enquête nous avons décelé que les agents faisaient un examen physique de l'enfant, ce qui n'est pas recommandé par les normes et procédures. C'est pourquoi nous avons jugé utile d'améliorer la grille par des concepts d'examen clinique standard.

### **II- Infrastructures et équipements**

#### **1. Disponibilité en environnement de travail et en matériel médical**

Les résultats ont montré une bonne disponibilité en environnement de travail et en matériel médical malgré quelques absences notées en commune II (montre trotteuse, abaisses langues, tensiomètre pour enfant), en commune IV (montre trotteuse, mètre ruban), en commune V (tensiomètre pour enfant).

Cependant cette disponibilité fait ressortir un paradoxe, certains matériels bien que disponible ont été très peu utilisés par les prestataires.

L'absence de tensiomètre pour enfant dans les trois communes peut s'expliquer par la fréquence très faible de l'hypertension artérielle chez l'enfant.

## **2. Disponibilité des médicaments**

Les médicaments de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> intention recommandés par la PCIME étaient d'une bonne disponibilité dans les centres malgré quelques absences : bleu de méthylène en commune II et IV, la gentamicine injectable et la vitamine A en commune IV, le salbutamol dans les trois communes. Cette rupture totale du salbutamol peut s'expliquer par la rareté d'utilisation de ce médicament dans ces centres.

## **III- Caractéristiques des prestataires**

### **1. Les prestataires chargés de l'accueil**

L'accueil est confié exclusivement aux aides soignantes, cela reflète l'insuffisance de personnel qualifié au niveau des centres.

La plupart d'entre elles travaillent depuis moins de trois ans, ce qui peut s'expliquer par le caractère récent de la création des centres de santé de référence, qui ont à l'exception de celui de la commune V moins de cinq années d'existence en tant que structure de référence.

### **2. Les prestataires chargés de la consultation**

Ils sont caractérisés par leur jeunesse (60% des agents ont moins de 40 ans). Ils sont essentiellement des techniciens de santé (28,6 %) et des médecins généralistes (21,4 %), les spécialistes représentaient seulement 14,3 %. Il existe donc une insuffisance de personnel qualifié et aussi une instabilité du personnel puisque 73,3 % de nos prestataires avaient une durée d'exercice de leur fonction inférieure à quatre ans dans les centres. Plus de la moitié (53,3 %) des prestataires de consultation sont de sexe féminin. Cette prédominance du sexe féminin peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un service de pédiatrie.

Il ressort de cette étude le besoin de formation des prestataires en PCIME puisque aucun prestataire de pédiatrie n'a été formé en PCIME en commune IV et seulement moins de la moitié des prestataires ont été formés en communes II et V.

#### **IV. Connaissances des prestataires**

##### **1. Connaissances des prestataires sur les groupes cibles du PEV, du VAT, et des paramètres qui entrent dans l'appréciation de l'état nutritionnel d'un enfant.**

Les connaissances des prestataires sur les groupes cibles du PEV et du VAT nous révèle un besoin en formation par rapport à la vaccination puisque 53,4% des prestataires avaient une bonne connaissance des groupes cibles du PEV et seulement (20 %) des prestataires avaient une bonne connaissance des groupes cibles du VAT.

Par contre les prestataires avaient une bonne connaissance des paramètres qui entrent dans l'appréciation de l'état nutritionnel d'un enfant dont les plus cités ont été le poids (100 %) ; le PB (53,3 %) et l'âge (40 %), mais ces paramètres ont été malheureusement très peu utilisés au moment de l'examen.

##### **2. Connaissance des prestataires sur les signes cliniques des différentes pathologies**

Au terme de l'interview, on note que les prestataires de santé avaient une bonne connaissance des signes cliniques des pathologies sur lesquelles ils ont été interrogés.

#### **V- Attitudes des prestataires de santé**

##### **1. Attitudes des prestataires devant les pathologies**

Sur l'accès palustre et sur les IRA :

Soixante treize virgule trois pour cent des agents préféraient confirmer le diagnostic de paludisme par la GE avant de donner un traitement, mais dans la pratique même

avec une GE négative certains ont prescrit un antipaludique sur l'ordonnance. Ce qui signifie une incertitude à la fiabilité du résultat.

Les sels de quinine ont été le traitement de choix préconisé par la plupart des prestataires.

De même 60 % des prestataires préféraient faire la Rx pour une confirmation du diagnostic des IRA. Soixante (60) % des agents ont choisi l'amoxicilline comme leur traitement de choix des IRA.

Ces attitudes traduisent la non application des recommandations de la PCIME qui propose un traitement antipaludique devant tout cas de fièvre et propose la chloroquine en première intention dans le traitement du paludisme et le cotrimoxazole en première intention dans le traitement des IRA.

On note donc une discordance entre les résultats de l'interview et les résultats de l'observation ; l'antipaludique le plus prescrit était l'amodiaquine (58,8 %) et l'antibiotique le plus prescrit était le cotrimoxazole (30,52 %).

Cette discordance peut s'expliquer par l'influence de notre présence.

Par rapport à la rougeole la conduite la plus préconisée était le traitement symptomatique (86,6%). Par contre le reste des conduites recommandées par la PCIME à savoir la prise de vitamine A, l'isolement du malade, les conseils nutritionnels ont été très peu préconisés. Ce qui traduit de plus la non exécution du programme qui pourrait être méconnue ou peu pertinent pour les prestataires.

Par rapport à la malnutrition, 73,3% des agents ont cité les conseils nutritionnels. Les autres conduites à adopter dans la prise en charge d'un enfant souffrant de malnutrition recommandées par la PCIME ont été peu citées : la vitaminothérapie (40%), le déparasitage (33,3%), le traitement des complications (6,7%).

Par rapport à la diarrhée, tous les prestataires désiraient faire une réhydratation ; mais aucun des agents n'a parlé de conseil nutritionnel qui est aussi un élément clé de la prise en charge. Soixante (60) % préféraient associer ce traitement à un

antibiotique :cotrimoxazole(46,8%),cotrimoxazole+métronidazole(6,7%),erythromycine (6,7%) ce qui n'est pas conforme au recommandation de la PCIME il y a là un besoin de formation des prestataires sur la prise en charge des cas de diarrhée.

Par rapport à la dysenterie, seulement (40%) ont cité l'antibiothérapie qui est obligatoire en cas de dysenterie. Pour ce qui est du traitement de choix, dans la majorité des cas il tourne autour de deux (2) antibiotiques : association (métronidazole + cotrimoxazole) cités par (46,7 %) des prestataires ou seul : métronidazole (40 %) et cotrimoxazole (6,7 %).

Par rapport à l'angine, tous les agents désiraient faire une antibiothérapie, mais moins de la moitié des agents ont cité la pénicilline V(antibiotique recommandé par la PCIME) comme leur traitement de choix.

Par rapport aux convulsions, tous les agents ont cité l'administration du Diazépam ; 40% préféraient associer un enveloppement humide à ce traitement.

## **2.) Attitudes des prestataires par rapport à la prescription chez l'enfant**

Les sources d'informations les plus utilisées étaient les délégués médicaux (100 %) et les livres (93,3 %). Cependant seulement (26,7 %) des agents utilisaient la suggestion des délégués pour leur prescription. Cent (100) % de nos agents ont cité les critères coût et efficacité comme étant leur critère de choix du médicament chez l'enfant. Cinquante trois virgule trois(53,3) % des agents préféraient la voie IV pour l'administration des médicaments du fait de sa rapidité d'action alors que l'utilisation de cette voie reste déconseillée tant que la voie oral est disponible.

## **VI. Pratiques des prestataires**

### **1. Les prestataires de l'accueil**

De cette évaluation, il ressort que :

la qualité de l'accueil réservé aux parents était assez bonne, ainsi (54,3 %)



des mères ont été correctement accueillies.

Les informations nécessaires pour une surveillance correcte de l'enfant n'étaient presque pas recherchées, les taux sont de (2,9 %) pour le carnet de santé de la mère, de (45,7 %) pour le carnet de santé de l'enfant et de (47,1%) pour la demande du motif de consultation. Les plus recherchées sont le nom, le prénom et l'âge de l'enfant ; Ces paramètres étaient demandés dans le but d'enregistrer le malade.

La prise de la température et du poids par les prestataires n'est pas conforme aux normes et procédures.

Le nettoyage de la balance était fait seulement par 14,3 % de nos agents ; ce qui peut être un facteur favorisant de la propagation des infections, même dans les rares cas où la balance a été nettoyée c'était parce qu'un enfant l'avait souillée.

La notification des chiffres de température et du poids dans le carnet de santé de l'enfant était faite dans moins de (50%) des cas.

Dans 98,6 % des cas le personnel faisait un bon tri des malades.

## **2. Les prestataires chargés des consultations**

**a) La qualité de l'accueil** était satisfaisante ; au total 82,9% des mères ont été correctement accueillies. Ce qui permettait d'établir une relation de confiance.

### **b) Les informations recherchées pendant la consultation :**

Le poids (97,9 %), l'âge (90,7 %) et la température (82,9 %) étaient les paramètres les plus demandés par les prestataires, que nous avons liés à la nécessité de ces paramètres au moment de la prescription.

Les informations les moins demandées étaient le type de visite (16,4 %) et le carnet de santé (40,7%).

### **c) Les signes généraux de danger :**

Les signes généraux de danger n'étaient pratiquement pas recherchés par nos prestataires. Les plus recherchés étaient les vomissements (32,1 %). Un accent doit être mis sur la recherche de ces signes de danger qui ont une relation directe avec la prise en charge des cas graves.

**d) L'état nutritionnel :**

Bien que 97,9 % des enfants aient été pesés ; l'état nutritionnel n'a été correctement évalué que chez 4,3 % des enfants. La prise de vitamine A a été demandée seulement chez 1,4 % des enfants. Alors que d'après EDS III 38% des enfants de moins de 5ans souffrent de malnutrition chronique, 33% souffrent d'insuffisance pondérale et 11% souffrent de malnutrition aiguë. Pourtant un accent particulier doit être mis sur la vérification de l'état nutritionnel des enfants étant donné son importance comme facteur fragilisant de l'enfant. En plus nos résultats sont nettement supérieurs à ceux trouvés par TOURE en 1999 (1 enfant /3 était pesé et dans aucun cas l'état nutritionnel a été correctement évalué. Cette différence peut s'expliquer par l'impact de la formation PCIME effectué au niveau de certains centres avant notre étude.

**e) L'état vaccinal**

Dans notre série, l'état vaccinal des enfants a été apprécié seulement chez 12,1 % des enfants. En 1999 (TOURE) avait trouvé que l'état vaccinal était apprécié chez le quart des enfants. Pourtant un accent particulier doit être mis sur la vérification et la correction si nécessaire du statut vaccinal de l'enfant lors de la consultation, vu son importance dans la lutte contre les maladies les plus meurtrières de l'enfant . Cela est d'autant plus important à adopter comme démarche que d'après l'EDS III seulement 29 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins.

**f) Qualité de l'examen physique**

L'examen physique est l'étape clé de la consultation qui nous permet d'objectiver les symptômes. Il obéit à des règles et l'examineur doit s'efforcer de suivre les grandes lignes de la méthodologie d'examen de l'enfant.

Il ressort de notre évaluation que, la majorité des enfants (72,1 %) ont été déshabillée pendant l'examen mais n'ont pas été correctement examinée.

L'examen physique de l'enfant était incomplet. Les paramètres importants comme l'examen :de la peau et des phanères, ORL, de l'appareil Respiratoire, de l'appareil cardio-vasculaire, l'appareil digestif étaient très rarement faits. L'examen de l'appareil Uro génital, de l'appareil lympho glandulaire, de l'appareil ostéo-articulaire n'était pratiquement pas fait. Le diagnostic a été posé chez 137/140 enfants. Les pathologies les plus fréquentes pendant notre période d'étude ont été les IRA (33,5 %) suivies du paludisme (10 %). Cette fréquence élevée des IRA peut s'expliquer par la période d'enquête (janvier – février) correspondant à un changement de climat, facteur favorisant des IRA.

Les examens complémentaires ont été peu demandés (14,3%) malgré leur disponibilité dans les centres. Les diagnostics ont donc été basés sur les données de l'examen clinique et compte tenu du contexte de cet examen, on doit émettre des réserves à leur fiabilité dans la plupart des cas. Il faut aussi signaler que nos prescripteurs donnent peu de conseils aux malades pour améliorer leur état de santé (26,7 %).

Les séances d'IEC n'étaient pas pratiquées dans nos centres durant la période d'enquête.

### **g.)La qualité de la prescription**

Nous avons dénombré 407 produits sur 137 ordonnances, ce qui correspond à une moyenne de 3 produits par ordonnance.

DIAKITE avait trouvé une moyenne de 4,29 produits par ordonnance. Cela peut s'expliquer par le profil des prescripteurs ; qui étaient des médecins, des Internes, des infirmiers d'état pour la plupart alors que dans notre cas il y avait des pédiatres ; des CES en pédiatrie et des techniciens supérieurs de santé ; Il peut s'agir aussi de l'impact des formations.

#### **h.)Caractéristiques des ordonnances**

Soixante sept virgule six pour cent (67,6 %) des ordonnances comportaient un antibiotique dont le plus fréquemment prescrit était le cotrimoxazole (30,52 %). Le cotrimoxazole a un coût abordable et est préconisé en 1<sup>ère</sup> intention par la PCIME. Quarante cinq pourcent (45%) des ordonnances comportaient un antipaludique oral dont le plus fréquemment prescrit était l'amodiaquine (58,8 %). Cependant ce médicament n'est pas retenu dans les schémas thérapeutiques proposés par la PCIME et le PNLP qui demande actuellement l'utilisation des combinaisons : (dérivés de l'artémisinine + amodiaquine ou méfloquine ou luméfantine). Cette discordance peut s'expliquer par l'apparition des cas de résistances à la chloroquine(médicament de 1<sup>ère</sup> intention PCIME) d'où une nécessité de révision des programmes.

Le diagnostic de paludisme a été posé chez 10 % des enfants mais 49,3 % de nos ordonnances comportaient un antipaludique cela traduit une incertitude du diagnostic.

Dans 55,7 % des prescriptions le rapport diagnostic prescription était correct.

Dans 63,6 % des prescriptions, il y avait une adéquation de la dose en fonction du poids.

### **VII Appréciation des mères**

La qualité des services a été jugée dans l'ensemble satisfaisante par les mères toutefois seulement 20,7 % des parents ont reçu des explications par rapport aux

signes pour lesquels elles devraient revenir au centre ce qui traduit que les signes de gravité de la maladie ne sont pas suffisamment pris en compte par nos prestataires.

Par ailleurs, nous avons constaté des écarts entre l'appréciation des mères et les résultats de l'observation ; ces écarts se situaient au niveau :

- de la qualité de l'examen ; jugé non satisfaisante au cours de l'observation ;
- de recevoir un rendez-vous : 87,9 % pour les mères contre 99,3 % pour l'observation ;
- reçu des explications par rapport à la prise des médicaments : 75 % pour les mères contre 70 % pour l'observation.

Ces différences s'expliquent par :

- l'ignorance des mères qui étaient dans la majorité des cas analphabètes (36,4 %) ou d'un niveau d'instruction du 1<sup>er</sup> cycle (22,1 %).
- la peur de dire la vérité.

### **VIII Difficultés de la prise en charge des enfants**

Au terme de notre enquête les difficultés les plus fréquemment rencontrées et citées par les agents sont :

- les difficultés de référence des enfants (53,3 %) dues dans la majorité des cas aux refus des parents ;
- le manque d'équipement signalé par 86,7 % des agents ;
- Soixante six virgule sept pour cent des prestataires ont signalé un manque de formation ;
- Soixante pour cent des prestataires ont signalé un manque de retro information.

L'analyse de nos résultats n'a pas détecté de manque d'équipement par contre un besoin important de formation et de retro information du personnel a été détecté.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### I- Conclusion

Notre étude s'est effectuée sur une période allant de janvier à février 2005.

Elle concernait une réflexion sur les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako. Cette étude a porté sur :

- Une évaluation de l'équipement et du matériel
- Une description du profil des prestataires chargés de la prise en charge des enfants
- Une appréciation des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires
- Une appréciation de la perception des mères sur la qualité des services

Il apparaît que :

-Les centres de santé de référence disposaient d'un environnement de travail adéquat avec un équipement en matériel médical acceptable et une bonne disponibilité en médicaments.

- La majorité des enfants sont pris en charge par le personnel non qualifié (les médecins et les infirmiers d'état).

-Le niveau de connaissance des prestataires était acceptable.

-Les attitudes et les pratiques des prestataires n'étaient pas conformes aux normes, la stratégie PCIME était rarement exécutée pour classer et traiter la maladie de même que les étapes de l'examen physique.

-Les mères ont jugé la qualité des services satisfaisantes par ignorance ou par peur de dire la vérité.

Au total, la qualité de la prise en charge de l'enfant malade est insuffisante dans nos centres ; elle souffre de l'insuffisance des bonnes attitudes et pratiques des prestataires. L'un des grands enseignements de l'étude est le rôle important de la

formation, de la retro information et de la supervision des prestataires pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'enfant.

## **II- Recommandations**

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

### **I- Au Ministère de la santé**

- Affecter si possible dans les cinq années à venir un pédiatre dans les centres de santé de référence.

### **II- A la direction régionale de la santé**

- Former en PCIME clinique tous les prestataires chargés de la prise en charge de l'enfant malade dans les centres de santé de référence ;
- Assurer une supervision régulière des prestataires formés en PCIME dans les centres de santé de référence avec une retro information constructive ;
- Réviser de façon régulière les stratégies de la PCIME en fonction des données scientifiques.

### **II- Aux Médecins chefs des centres de santé de référence**

- Afficher dans les salles de consultation des<< normes pratiques cliniques>> de la méthodologie d'examen de l'enfant ;
- Afficher dans les salles de consultations des<< normes pratiques cliniques>> de conduite à tenir des affections les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant ;

### **III- Aux prestataires de soins**

- Veuillez à l'application correcte et régulière des<< normes pratiques cliniques>> recommandées par les autorités sanitaires supérieures.
- Informer d'avantage les parents à la fin de l'examen clinique.



- S'astreindre à l'auto formation continue par la participation aux colloques, séminaires, ateliers, cours et staff post universitaires dans les services.

#### **IV- Aux mères /accompagnants des enfants malades**

- Respecter scrupuleusement les conseils donnés par les prestataires de santé.

# REFERENCES

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

## **Références**

### **1-Bulletin de l’OMS**

La revue internationale de santé publique : recueil d’article 2001

### **2- Bonnyns.M**

Guide de poche sémiologie médicale.

éditions Maloine 2000

### **3- Bourrillon .A et coll.**

Pédiatrie pour le praticien

Masson ;deuxième édition Paris 1996

### **4-Bureau administratif et archives du centre de santé de référence de la commune V**

Monographie du centre de santé de référence de la commune V.

Bamako ;Mali 2004

### **5-Bureau administratif et archives du centre de santé de référence de la commune IV**

Monographie du centre de santé de référence de la commune IV.

Bamako ;Mali 2004

### **6- Bureau administratif et archives du centre de santé de référence de la commune II**

Monographie du centre de santé de référence de la commune II.

Bamako ;Mali 2004

### **7- Centre National d’Immunisation(CNI)**

Guide de vaccination mai 2000 P62

### **8- Cisse. B**

Bilan pédiatrie 2003.HGT.Bamako(MALI)

### **9- Diakité. D. N**

Prescription médicamenteuse en pédiatrie(Connaissance et savoir-faire

des Prescripteurs).

Thèse médecine 1992 ; N°25. FMPOS ;MALI

**10- Diallo .N**

Impact des journées nationales de vaccination sur le PEV de routine au Mali.

Thèse médecine 2005 N°89

**11-Doumbo. O ;Thera.M ; Sacko.M**

Paludisme au Mali : les points clefs (DNSP) 1999.

**12-Dubourg.C;LelinskyGurlung.A**

Prise en charge des enfants de 0-5 ans :Manuel à l'usage des agents des centres de santé

**13- Encyclopedie standard Microsoft Encarta 2002.msm.Fr**

**14- Gimenez.F ;Brazier.M ;Calop.J ;Dine. ;Tchiakpé.L**

Pharmacie clinique et thérapeutique par l'association nationale des enseignants de pharmacie clinique.

Masson,édition Paris 2000

**15- Gouvernorat du district de Bamako(Mali)**

Monographie du District de Bamako

Novembre 1994

**16- Infection Respiratoire Aiguë. *www patho.org***

**17- Institut de médecine tropicale du service des armées. Le PHARO.**

Médecine tropicale 2001 volumes 61 N° 3 (Marseille)

**18- Institut de médecine tropicale du service des armées. Le PHARO.**

Médecine tropicale 2003 volumes 63 N° 4-5 (Marseille)

**19- Keita A.M**

Paludisme grave et compliquée ; clinique ; évolution prise en charge et coût.

Thèse médecine 2001 N° 27 .FMPOS ;MALI

**20- Kucers.A**

Les antimicrobiens recommandés pour le traitement des IRA (bulletin Sur les IRA N°21).

**21- Lehovici.S ; Jeanerret.O ; Manciaux**

Enfant et sa santé : aspects épidémiologiques biologiques psychologiques et sociaux.

**22-Lettre du Mali (07-2001) message réalisé par DIFCOM-57 bis rue D'auteil –Paris**

**23- Ministère de la santé du Mali**

Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM III),année2001

**24- Ministère de la santé du Mali**

Prise en charge des enfants en matière de nutrition dans les districts sanitaires couverts par la SASDE au Mali.

Rapport Mars 2004 Credos

**25- Ministère de la santé du Mali**

PEV en pratique quotidienne :Module à l'attention des agents de santé

**26- Ministère de la santé du Mali**

Enquête CAP des prestataires des CSCOM et des CSRéf de Bamako sur la prise en charge de l'enfant drepanocytaire

Rapport Mars 2004 Credos **27- Ministère de la santé du Mali**

Rapport (Direction National de la Santé 2001).

**27- Ministère de la santé du Mali**

Procédures des services de santé de la reproduction ; mars 2000

**28- Ministère de la santé du Mali**

Annuaire du système local d'information sanitaire (*SLIS*) 2004.

**29- Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité**

Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS)1998-2007

**30- Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité**

Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS)1998-2002.

FMPOS(Mali)

**31- OMS-DNSP Mali** (division de la santé et du développement de l'enfant)

PCIME

**32- OMS**

Manuel de l'étudiant : Cours sur la diarrhée.

Genève 1993

**33- OMS-UNICEF**

Manuel sur la PCIME.

Avril 2001

**34- Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) :**

Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali 2000.

**35- Saye. R**

Intérêt de l'optimal-IT dans le diagnostic de paludisme et le suivi du Traitement anti-malarique au Mali.

Thèse pharmacie 2005 N° :

**36- TOURE. C. O**

Etude de la qualité de la prise en charge de l'enfant malade dans les Zones tests de la PCIME au Mali.

Thèse médecine 1999 ; N°19 FMPOS ;MALI

**37- Traoré A.M**

Thèse Mme DAGNOKO Assitan KONE pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Analyse de la situation du paludisme au Mali et les stratégies de prise en charge des formes graves et compliquées dans le service de pédiatrie de HGT.

Thèse médecine 2001 N° 121 :

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

# ANNEXES



## **ANNEXE 1**

*Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.*

## QUESTIONNAIRE 1

### CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO

#### QUESTIONNAIRE POUR L'EVALUATION DE L'EQUIPEMENT ET DU MATERIEL

- N° Fiche :
- Date : .....
- Centre de santé de référence : .....
- Date d'ouverture de centre : .....

#### I) Equipement et matériel disponible :

Est -ce -que l'unité pédiatrique du centre a à sa disposition :

- |  |     |                          |     |                          |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1- Une salle d'attente   | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 2- Y a t-il des chaises ou des bancs dans la salle d'attente                       | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 3- Y a t-il des posters d'informations sanitaires affichés dans la salle d'attente | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 4- Un bureau pour le personnel de santé dans la salle de consultation              | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 5- Des tables de consultation  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 6- Un endroit pour se laver les mains  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 7- Du savon pour se laver les mains  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 8- Un stéthoscope médical  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 9- Un tensiomètre pour l'enfant  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

- 10- Un thermomètre                      Oui                Non
- 11- Un pèse personne                    Oui                Non
- 12- Un pèse bébé                        Oui                Non
- 13- Un mètre ruban                      Oui                Non
- 14- Une toise horizontale              Oui                Non
- 15- Une toise verticale                Oui                Non
- 16- Un otoscope                         Oui                Non
- 17- Une source lumineuse pour l'examen de la gorge  
  Oui                Non
- 18- Des abaisses langue                Oui                Non
- 19- Une montre avec trotteuse        Oui                Non
- 20- Un registre de consultation        Oui                Non
- 21- Les carnets de santé/fiches opérationnelle  
  Oui                Non

### II°) Personnel

1- Quel est le nombre d'agent assurant la PEC des enfants dans le centre ?

2- Quel est le nombre d'agent formé en PCIEM dans le centre?

### III°) Disponibilité des médicaments

| Médicaments           | Disponibles |     |
|-----------------------|-------------|-----|
|                       | Oui         | Non |
| - Amoxicilline orale  |             |     |
| - Cotrimoxazole orale |             |     |

|   |  |  |
|---|--|--|
| - Chloroquine Orale                             |  |  |
| - Sulfadoxine pyriméthamine orale               |  |  |
| -Paracétamol /AAS                               |  |  |
| - Vit A   |  |  |
| - Fer   |  |  |
| -Mebendazole                                    |  |  |
| -Pmde ophtalmique à la tétracycline             |  |  |
| -Bleu de méthylène /Violet de gentiane          |  |  |
| -Quinine inject                                 |  |  |
| - Benzyl-pénicilline inject                     |  |  |
| -Gentamicine inject                             |  |  |
| -Diazépam                                       |  |  |
| -Salbutamol inject                              |  |  |
| -SRO  |  |  |
| -Eau distillée                                  |  |  |
| -Solution IV pour réhydratation (L.Ringer; SSI) |  |  |
| -Seringues                                      |  |  |
| -Aiguilles                                      |  |  |

## QUESTIONNAIRE 2

# CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO

### FICHE D'OBSERVATION DU PERSONNEL DE SANTE CHARGE DE L'ACCUEIL

N° de Fiche :

Date : .....

Centre de santé de référence : .....

Agent de santé : .....

- Profil : .....

- Age:.....ans

- Sexe : M  F

- Durée de fonction : .....ans

#### I°) Accueil

Agent de santé :

-Salue-t-il la mère Oui  Non

- L'invite-t-il à s'asseoir Oui  Non

#### II°) Interrogatoire

L'agent de santé demande-t-il ?

- le motif de sa visite Oui  Non

- Le carnet de santé de l'enfant Oui  Non

- Le carnet de santé de la mère Oui  Non

- Le nom et le prénom de l'enfant Oui  Non

- L'âge de l'enfant Oui  Non

#### III°) Mesures des paramètres de l'enfant

1) Prise de poids

Est-ce que l'agent santé a :

- Nettoyé la balance                      Oui                          Non
- Taré la balance                            Oui                          Non
- Déshabillé l'enfant                      Oui                          Non
- Installé l'enfant en position assise après six (6) mois  
  et couchés avant six (6) mois            Oui                          Non
- Ajusté le curseur                        Oui                          Non
- Noté le poids le carnet de l'enfant                      Oui                          Non

## 2) Prise de la température

Est-ce que l'agent de santé :

- A placé sous l'aisselle de l'enfant de thermomètre à mercure pendant  
  trois minutes ou le thermomètre électronique jusqu'au signal  
  Oui                          Non
- Corrigé le chiffre en ajoutant l'indice 0,5  
  Oui                          Non
- Noter la valeur corrigée dans le carnet de l'enfant  
  Oui                          Non

## IV°) L'agent de santé fait-t-il ?

- Un bon tri des malades                      Oui                          Non
- Un mauvais tri des malades                      Oui                          Non

## V°) Est-ce que durant l'attente

- Il y a eu une séance d'I.E.C                      Oui                          Non

### QUESTIONNAIRE 3

## CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO

### FICHE D'OBSERVATION DU PERSONNEL DE SANTE CHARGE DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

N°) Fiche : \_\_\_\_\_

Date : .....

Centre de santé de référence : .....

Agent de santé : .....

- Profil : .....

- Age: .....

- Sexe:          M      F  

- Durée de fonction : .....ans

#### I°) Accueil

Agent de santé :

- Salue-t-il la mère                      Oui                         Non  

- L'invite-t-il à s'asseoir                      Oui                         Non  

#### II°) Interrogatoire

L'agent de santé :

- Demande le nom, l'âge de l'enfant    Oui                         Non  

- Demande si c'est une première visite ou une visite de suivi  
Oui                         Non  

- Demande le motif de consultation en insistant sur les quatre principaux symptômes                      Oui                         Non

1) Toux/Difficulté respiratoire 2) Fièvre 3) Diarrhée 4) Problème d'oreille 5) Autres préciser                      Oui                       Non

**III°) Est-ce que les informations concernant l'enfant sont recherchées par l'agent de santé au moment de la consultation ?**

- Carnet de santé                                      Oui                       Non
- Age en mois    Oui                       Non
- Poids    Oui                       Non
- La Température                                      Oui                       Non

**IV°) Est-ce que le personnel de santé recherche les signes généraux de danger ?**

- Vomissement incoercible                      Oui                       Non
- Conclusions    Oui                       Non
- Léthargique ou inconscient                      Oui                       Non
- Incapable de boire ou de prendre le sien                      Oui                       Non

**V°) Est-ce que le personnel de santé à apprécier l'état nutritionnel de l'enfant ?**

- Tracer la courbe poids/age sur les fiches opérationnelles ou dans le carnet de l'enfant                      Oui                       Non
- Interpréter les résultats d'après la courbe de croissance                      Oui                       Non
- Informer la mère de l'état nutritionnel de l'enfant                      Oui                       Non
- Donner les conseils appropriés au résultat                      Oui                       Non



**VI°) Est-ce que le personnel de santé à apprécier l'état vaccinal de l'enfant ?**

Demander le carnet de vaccination / Demander à la mère les vaccins effectués

Oui  Non

**VII°) Est-ce que le personnel de santé demande si l'enfant à reçu la vitamine A ?**

Oui  Non

**VIII°) Examen physique**

- L'enfant est-il déshabillé ?

Oui  Non

8.1) Examen peau et phanère : L'agent de santé examine

- Les conjonctives

Oui  Non

- La paume de la main

Oui  Non

- La fontanelle (si non fermée)

Oui  Non

8.2) Examen de l'appareil respiratoire : L'agent de santé

- Prend la FR

Oui  Non

- Percute le thorax

Oui  Non

- Ausculte de thorax

Oui  Non

8.3) Examen de l'appareil cardio-vasculaire : L'agent de santé

- Prend la FC

Oui  Non

- Ausculte les quatre foyers cardiaques

Oui  Non

- Palpe les pouls fémoraux et huméraux

Oui  Non

8.4) Examen de l'appareil digestif : L'agent de santé

- Palpe l'abdomen Oui  Non
- Percute l'abdomen Oui  Non
- Ausculte l'abdomen Oui  Non

8.5) Examen de l'appareil uro-génital : L'agent de santé

- Palpes les testicules Oui  Non
- Palpes les fosses lombaires Oui  Non
- Percute les fosses lombaires Oui  Non
- Palpe la région inguinale Oui  Non

8.6) Examen de l'appareil lympho-glandulaire : L'agent de santé

- Palpe la région sous maxillaire Oui  Non
- Palpe la région axillaire Oui  Non

8.7) Examen de l'appareil osteo-articulaire : L'agent de santé

- Fait une mobilisation des articulations Oui  Non

8.8) Examen ORL et bucco-dentaire : L'agent de santé

- Recherche une sensibilité du tragus Oui  Non
- Regarde dans la bouche Oui  Non
- Regarde dans le nez Oui  Non
- Utilise une abaisse langue pour apprécier la gorge Oui  Non

**IX°) A LA FIN DE L'EXAMEN, EST CE QUE L'AGENT DE**

**SANTE :**

1- A posé un diagnostic Oui  Non

Si oui lequel ? .....

2- A informer les parents du diagnostic retenu

Oui  Non

3- A noter les informations dans le registre ou le carnet de l'enfant

Oui  Non

4- A fait une demande d'examen complémentaire

Oui  Non

Si oui lequel ? .....

5- A donner des explications aux parents par rapport à la demande d'examen complémentaire

Oui  Non

**VI- QU'EST-CE QUE L'AGENT DE SANTE A PRESCRIT A L'ENFANT :**

(cocher toutes les bonnes réponses)

- Antipaludéen oral lequel ? .....  
posologie : .....
- Antipaludéen injectable lequel ? .....  
posologie : .....
- Antipyrétique oral lequel ? .....  
posologie : .....
- Antipyrétique injectable lequel ? .....  
posologie : .....
- Antibiotique oral lequel ? .....  
posologie : .....
- Antibiotique injectable lequel ? .....  
posologie : .....

- Vitamine A ou autres vitamines lequel ? .....  
posologie : .....
- S R O
- Perfusion ( R L, S S, S G, autres )  
lequel ?.....  
posologie : .....
- Antidiarrhéique  
lequel ? .....  
posologie : .....
- Anticonvulsivant injectable  
lequel ? .....  
posologie : .....
- Anticonvulsivant oral  
lequel ? .....  
posologie : .....
- Autres  
préciser: .....  
posologie : .....

**XI°) L'AGENT DE SANTE A T-IL DONNE DES CONSEILS INDEPENDANTS DE LA PATHOLOGIE ?**

Oui  Non

1- Si oui cocher

- Vaccination
- Diététique
- Hygiène
- Autres ( Préciser ).. .....

2- L'agent de santé a t-il donné des explications par rapport à l'administration des médicaments

Oui  Non

3- A t-il vérifié la compréhension de la mère par rapport de la prise

des médicaments ? Oui  Non

4- A t-il donné un rendez-vous ? Oui  Non

**XII°) - Observation**

- Rapport diagnostic prescription correct

- Rapport diagnostic prescription mauvais

- Adéquation de la dose en fonction du poids correct

- Adéquation de la dose en fonction du poids pas correct

## QUESTIONNAIRE 4

### CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO

#### FICHE D'INTERVIEW DE MERE A LA SORTIE DE LA CONSULTATION

-N°) Fiche :

- Date d'enquête : .....

- CS référence : .....

- Heure de début de l'interview : .....

1)- Age mère : .....ans      Age enfant : .....mois

2)- Profession mère

1-Ménagere     2- Salaire mensuel     3- Petit commerce

4- Autre (précisez)

3)- Niveau d'instruction

1- Sans instruction     2- Premier cycle     3- Second cycle

4- Secondaire     5 - Supérieur     6- Alphabétisée

4)- Statut matrimonial

1- Célibataire     2- Mariée     3- Divorcée     4- Veuve

5)- Parité

1- Nombre d'enfant vivant     2- Nombre d'enfant décédés

3- Nombre d'enfant 0 à 5 ans

### A la sortie de la consultation

6)- Accueil satisfaisant Oui  Non

- Si non,  
pourquoi ?.....

7)- Examen correct de l'enfant Oui  Non

- Si non  
pourquoi ?.....

8)- Avez-vous été informée du diagnostic retenu ?  
Oui  Non

- Si oui,  
lequel ?.....

9)- Avez-vous reçu une ordonnance de la part de l'agent santé ?  
Oui  Non

10)- Vous a-t-on expliqué la prise de médicament ?  
Oui  Non

- Si non,  
pourquoi ?.....

11)- Avez-vous reçu des conseils de la part de l'agent de santé ?  
Oui  Non

12)- Avez-vous reçu des explications de la part de l'agent de santé par rapport aux signes pour les quels vous devez revenir immédiatement ?  
Oui  Non

13)- Est-ce que l'agent de santé vous à informer des dates ou vous devez revenir pour le suivi de votre enfant ?  
Oui  Non

14)- Avez-vous déjà assisté à des séances de causerie-débat lors de votre passage au centre pour une consultation ?  
Oui  Non

15)- Est-ce que les thèmes débattus lors des causeries ont été compris ?  
Oui  Non

- Si non, pourquoi ?.....

Merci de votre collaboration

## QUESTIONNAIRE 5

### CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS MALADES DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DES COMMUNES II, IV et V DU DISTRICT DE BAMAKO

#### FICHE D'ENQUETE POUR AGENT DE SANTE CHARGE DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

N° Fiche :

Centre de santé de référence : .....

Profil de l'agent de santé : .....

1- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce centre ? . ....

.....

2- Quels sont les groupes cibles du P.E.V ? .....

.....

3- A qui faites-vous la vaccination antitétanique ?

.....

.....

4- Citez les paramètres qui entrent dans l'appréciation de l'état nutritionnel d'un enfant :

.....

.....

5- Quels sont vos sources d'information concernant la prescription chez l'enfant ?

Cochez

- Délégués médicaux

- Revues médicales

- Les livres

- Les conférences congrès

- Les cours

- Autres ( Préciser )



6- Sur quels critères vous vous basez souvent pour choisir un médicament au cours de vos prescriptions ?

- Efficacité
- Coût
- Suggestion des délégués
- Disponibilité au centre
- Facilité d'administration
- Autres ( Préciser )

7-Dans les affections ou symptômes suivants :

**I°) Accès Palustre**

a.) Donner 3 signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b.) Quel ( s ) conduite ( s ) adopteriez - vous ?

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

c.) Traitement de choix :

.....

**II°) I.R.A (Broncho-pneumopathie)**

a.) Donner 3 signes cliniques vous permettant de poser le diagnostic :

.....

b.) Quelle(s) conduite (s) adopteriez vous

.....  
.....

c.) Traitement de choix :

.....

### **III- La Rougeole**

a.) Donner 3 signes cliniques vous permettant de retenir le diagnostic:

.....

b.) Quel ( s ) conduite ( s ) adopteriez-vous ?

.....

.....

.....

### **IV- La Malnutrition**

a.) Donner 3 signes vous permettant de poser le diagnostic ?

.....

b.) Quelle ( s ) conduite ( s ) adopteriez-vous ?

.....

.....

.....

### **V°) La Diarrhée**

a.) Quelle ( s ) conduite ( s ) adopteriez-vous ?

.....

.....

.....

b.) Traitement de choix :

.....

### **VI°) La Dysenterie**

a.) Donner trois ( 3 ) signes cliniques permettant de poser le diagnostic ?

.....

.....

.....

b.) Quelle ( s ) conduite ( s ) adopteriez-vous ?

.....

.....  
.....

c.) Traitement de choix :

.....

### **VII- L'angine Rouge**

a.) Donner trois ( 3 ) cliniques permettant de retenir le diagnostic ?

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

b.) Quelle ( s ) conduite ( s ) adopteriez-vous ?

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

c.) Traitement de choix :

.....

### **VIII- Convulsion**

a.) Quelle ( s ) conduite ( s ) adapteriez-vous ?

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

8- Quelle voie d'administration préférez-vous ? (Pourquoi)

- I.M ( Intra - Musculaire )
- I.V ( Intra - Veineuse )
- V.O ( Voie - Orale )
- I.R ( Intra - Rectale )
- Autre ( Préciser )

9- Vous est-il déjà arrivé de vouloir référer un enfant à un établissement de santé et de ne pas pouvoir le faire ?

Oui  Non

10- Si Oui, quelle (s) sont les raisons ?

- Etablissement trop loin
- Pas de moyen de transport disponible
- Les parents ont refusé
- Les parents n'avaient pas d'argent
- Autres ( Préciser )

11- Quels sont les problèmes les plus importants que vous rencontriez dans votre travail ? ( Cocher les réponses )

- Manque de formation
- Manque de temps
- Manque d'équipement
- Manque de médicament
- Manque de supervision
- Manque de retro information sur la performance
- Autres ( spécifier )

12- Avez-vous des remarques, observations particulières ou suggestions à faire ?

Lesquels ? .....

.....

.....

## **ANNEXE 2**

### **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** Mme DAGNOKO née KONE

**Prénom :** Assitan

**Titre de la thèse :** Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.

**Année :** 2005-2006

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique, pédiatrie

### **RESUME**

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants malades dans les centres de santé de référence de Bamako.

Il ressort de cette étude que la qualité de la prise en charge des enfants malades est insuffisante, elle souffre de l'insuffisance de personnels qualifiés, de bonnes attitudes et pratiques des prestataires malgré un niveau de connaissance acceptable et une bonne disponibilité en matériels médicaux et en médicaments.

La qualité des services a été jugée satisfaisante par les mères par ignorance.

Ainsi un grand besoin de formation et de retro information a été détecté.

**Mots clés :** Qualité des soins, enfants, Mali

### ANNEXE 3

#### SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de l'**Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'**exercice de la Médecine**.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail.

**Je ne participerai** à aucun partage **clandestin d'honoraires**.

**Admis à l'intérieur des maisons**, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, **ma langue taira** les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira **pas à corrompre** les mœurs, ni à favoriser le crime.

**Je ne permettrai pas** que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai **le respect absolu de la vie humaine** dès la conception.

**Même sous la menace**, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité

**Respectueux et reconnaissant** envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que les hommes m'accordent** leurs estime si je suis fidèle à mes promesses. **Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

**Je le jure !**