

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONAL

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

N°.....

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL ET DE LA QUALITE DES SOINS DES ENFANTS DANS LE CSCOM DE SENOU

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 05 /09/2006
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'odonto-stomatologie**

**par Mme TRAORE Djénébou Ibrahima TRAORE
pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

**PRESIDENT
MEMBRE
CO- DIRECTEUR DE THESE
DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Mamadou Marouf KEITA
Docteur SAMAKE Raki BA
Docteur Fatoumata DICKO TRAORE
Docteur Broulaye TRAORE**

DEDICACES

Au nom d'Allah, le tout puissant, le clément, le très miséricordieux,
louange et gloire à Dieu, le tout puissant qui m'a permis de mener à bien
ce travail.

Je dédie ce travail :

➤ **A tous les enfants de ce globe ;**

Ames si vulnérables, avenir de ce monde je vous aime tous.

➤ **A mes grands parents paternels et maternels : in mémorum ;**

Je vous ai pas longtemps connu ou pas du tout connu ; mais je sais que
si vous étiez là, ce travail aurait été davantage mieux fait, du fait de
vos conseils et de vos encouragements.

➤ **A mon père Ibrahima Traoré**

Le sage, l'honnête, le religieux, le médiateur, le rigoureux ; ton soutien
sur tous les plans m'a été d'un grand secours ; grâce à toi j'ai
aujourd'hui une vie harmonieuse dans mon foyer.

Tu as su m'inculquer les de bonne conduite. tu nous as donné une
éducation digne d'un enseignant.

Je prie le tout puissant de te donner une longue vie et m'aider à
toujours être ta fierté.

➤ **A ma maman M'Baba Dembéle**

Pour ta sagesse, ton amour pour les enfants d'autrui, tes prières ainsi
que tes bénédictions. Tu es et reste une référence pour moi
.Merci Mère ! de m'avoir porté durant 9 long et dur moi, de suivre
mon évolution pas à pas jusqu'à mon mariage.

Merci pour les nombreuses nuits de veille que tu as dû quand j'étais
malade. Saches en effet que l'honneur de ce travail te revient . Puisse
ce travail être le couronnement de tes efforts.

Que le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de nous.

➤ **A mon Mari Ibrahim Traoré**

C'est ton amour qui m'a permis de finir ce travail et être en même temps au foyer .Ta facilité de comprendre les gents fait de toi un homme simple et admirable.

Merci de m'avoir choisi comme compagne. Que Dieu nous donne longue vie pour vivre cet amour et élever convenablement nos enfants.
Je t'aime.

➤ **A mon Tonton Dr Bassidiki Traoré**

Tu es plus qu'un tonton pour nous ,tu es notre père. C'est vers toi qu'on tourne toujours en cas de problème et tu nous reçois les bras ouverts. Puisse Dieu te garde très longtemps auprès de nous .

➤ **A ma tante Fatoumata DEMBELE**

Pour ton amour et ton affection .

➤ **A ma grande sœur Mme Kadidia Traoré**

Ton aide matériel et moral m'a été d'un grand secours. Que Dieu préserve toujours l'esprit de fraternité qui nous unis

➤ **A mon grand frère Moussa Traoré**

Pour que la vie t'apporte beaucoup plus de chance. Soit heureux.

➤ **A ma grande sœur Mme Sidibé Aminata Traoré**

Plus qu'une grande sœur tu as été pour moi une jumelle, une confidente, une mère. Je prie dieu pour que la complicité qui nous unis dure très longtemps.

➤ **A mes petit (es) frère et sœurs : Mamou, mah, Madani et Fatim**

; je déplore le manque de mots adéquats pour vous témoigner l'amour et l'admiration que je vous porte. Considérez ce modeste travail comme esquisse de chemin que je voudrais vous montrer afin de susciter chez vous beaucoup de courage. Que l'esprit de cohésion de notre père nous anime toujours. Car notre force est dans l'union. Puisse la franchise, la spontanéité avec laquelle nous nous sommes aidés reste inaltérable.

➤ **A ma petite fille chérie Sarata Traoré dite Bata**

Ce travail est le couronnement des nombreuses sacrifices que tu as fait en te séparant très souvent de ta mère. Que Dieu nous donne longue vie afin de t'élever dignement. Je t'aime mon bébé.

➤ **A mes neveux et nièces**

Tante Djébou vous aime tous.



- **Au personnel de la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré**
Pour votre disponibilité.
- **Au personnel de la pédiatrie I : médecins CES, infirmières et stagiaires**
Pour votre patience et disponibilité à former les autres.
- **A mes camarades internes de la pédiatrie I**
Ce travail est le votre.
- **Au Dr KAGNASSI Dado SY**
Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de cet œuvre.
- **Au personnel de la section nutrition de la direction nationale de la santé**
Pour votre disponibilité et votre amabilité.
- **Au Médecin chef du CSCOM de Sénou Dr Madiassa Awa Koné**
Simple, gentille ton aide et tes conseils ont été précieux pour notre travail. Bonne carrière à Sénou.
- **A tous le personnel du CSCOM de Sénou**
pour votre gentillesse.
- **A ma belle famille**
Merci de m'avoir accueillie parmi vous, compter sur ma reconnaissance sans faille.
- **A mon beau frère Ali Sidibé**
Pour ton encouragement.
- **A mes cousins et cousines**
- **A mes anciennes camarades de Lycée Notre Dame du Niger.**
- **A mes grandes sœurs et camarades des chambres : 113, 204, 202, 106, 104 et 114**
- **A tous les professeurs qui m'ont enseigné**

- **Aux familles** : Cissouma , Coulibaly, Mallet ainsi qu'a Coumba Barry à magnambougou.
- **A tous ceux qui n'ont pas été cités** , vous ne valez pas moins.



➤ **A notre maître et président du jury**
Professeur Mamadou Marouf KEITA
Professeur titulaire de pédiatrie à la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d' Odonto-stomatologie
Chef de service de la pédiatrie du CHU- Gabriel Touré
Président du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de
pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Que vous acceptiez de juger cette thèse nous honore à plus d'un titre.
Nous avons été séduits par votre amabilité, votre disponibilité et votre
gaieté.

Votre rigueur, vos qualités intellectuelles et vos capacités font de vous
un modèle de maître à suivre par tout élève.

Puisse le seigneur nous permettre de vous rendre hommage en ayant la
force, le courage et la chance de suivre vos pas.

➤ **A notre maître et juge**
Docteur SAMAKE Raki BA
Médecin de santé publique
Chef de division nutrition à la direction nationale de la santé

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury.

Votre simplicité, votre abord facile, vos qualités humaines, sociales et
scientifiques font de vous un maître respectables et admiré.

Nous sommes gré reconnaissants et vous remercions pour votre
disponibilité.

➤ **A notre maître co-directrice de thèse**
Docteur Fatoumata DICKO TRAORE
Spécialiste en pédiatrie

Nous sommes très affectés par la gentillesse avec laquelle vous nous savez toujours reçu.

Nous avons pu apprécié pendant tout ce temps votre simplicité, modestie et votre grande sociabilité.

Nous apprécions en vous la femme de science modeste et vous restez l'un des espoirs de cette faculté.

➤ **A notre maître et co-directeur de thèse**
Docteur Broulaye TRAORE
Spécialiste en pédiatrie
Praticien hospitalier
Médecin chef de l'unité pédiatrie III (CHU –Gabriel Touré –
Bamako)
Médecin conseil de l'AMALDEME
Enseignant à l'institut national de formation en science de la santé
(INFSS)

Vous avez initié, conçu et suivi ce travail. Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous avez faite.

Nous avons admiré votre simplicité, vos qualités humaines, intellectuelles, et votre grande disponibilité.

Puisse le tout puissant vous rendre vos biens faits et vous laisse vivre encore plus longtemps auprès de nous pour guider nos pas.

ABREVIATIONS

AAS : Acide acétyl salicique
AME : Allaitement maternel exclusif
AMP : Allaitement maternel prédominant
ASACO : Association de santé communautaire
ASACOSE : Association de santé communautaire de Sénou
BASICS : Basic support for institutionalising child survival
BCG: Bacille de Calmette et Guérin
CSCOm : centre de santé communautaire
CEDEAO : communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CCC : Communication pour le changement de comportement
CDC : Center for the Control of Diseases
CPN : Consultation prénatale
CPON : Consultation postnatale
CSPL : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DNS : Direction nationale de la sante
DTC : Vaccin contre diphtérie tétanos coqueluche
EDS-III : Enquête démographique et de sante-3^{ème} édition
FAO : Fond des Nations Unis pour l'alimentation
IEC : Information éducation communication
IRA : Infection respiratoire aiguë
NCHS : national Center for health statisties
OMS : Organisation Mondiale de la Sant
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEC : Prise en charge
PEV : Programme élargi de vaccination
PMA : Paquet minimum d'activité
RO : Recherche opérationnelle
SRO : solution de réhydratation orale
UNICEF : Fonds des Nation Unis pour l'enfance

SOMMAIRE

	Page
1- INTRODUCTION	1
2- OBJECTIFS	4
3- GENERALITES	5
4- METHODOLOGIE	28
5- RESULTATS	37
6- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	70
7- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	74
8- BIBLIOGRAPHIE	76
9- ANNEXES	77

I - INTRODUCTION

La croissance de la population mondiale et l'augmentation du niveau de vie exigent une bonne nutrition qui est essentielle pour la survie et le développement harmonieux des enfants.

Pour entretenir la vie et le mouvement, il faut se nourrir.

L'allaitement exclusif des enfants au sein jusqu'à six mois est nécessaire pour une bonne croissance physique, mentale. C'est une méthode naturelle et facile si la future mère s'y prépare correctement pendant la grossesse.

Près de 30% de l'humanité souffre actuellement de l'une ou de plusieurs formes de malnutrition [44]. La malnutrition représente globalement 15,9% de la charge mondiale de morbidité et quelques 49% des dix millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement [44]. Sur la base du rapport poids /âge, 27,6% des enfants de moins de cinq ans dans le monde sont actuellement mal nourris [44].

Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole et la malnutrition constituent 63% des causes de consultation des enfants et 46% des causes de décès ; la malnutrition contribue à elle seule, directement ou indirectement, à plus de 51% des cas de décès [1]. La malnutrition fait partie des principaux problèmes de santé des populations.

Selon l'analyse de PROFILES [42]

- 21% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à des pratiques inadéquates d'allaitement maternel, soit plus de 13.000 décès chaque année.

- 56% des décès d'enfants de moins de cinq ans sont attribuables à la MPE, ce qui en fait la cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

La situation des autres pays de la sous région Ouest africaine est similaire à celle du Mali. Ainsi face à l'ampleur de la malnutrition des enfants le 7^{ème} forum de la CEDEAO sur la nutrition dont le thème était

<< Nutrition, clé du développement durable>> a recommandé aux termes de ses travaux l'intégration des interventions clés dans les politiques, programmes et reformes en cours et futures au niveau des pays et spécifiquement dans les documents de cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSPL) et dans les programmes de décentralisation.

Les interventions clés telles que retenues par le forum ont été développées par le projet BASICS/USAID. Elles ont permis d'avoir des résultats encourageant ailleurs, notamment au Sénégal et au Bénin [42].

Ces actions essentielles ont porté sur :

- L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
- L'alimentation complémentaire adéquate de 6-24 mois
- Supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 5 ans
- Prise en charge nutritionnelle de l'enfant malade
- Promotion et surveillance du gain de poids chez l'enfant de moins de 5 ans.

Au Mali, la malnutrition constitue un réel problème de santé publique. Selon l'enquête démographique et de santé 2001 (EDSIII) [14].

- Quatre enfants de moins de cinq ans sur dix vivant avec leur mère souffrent d'un retard de croissance, dont la moitié sous formes sévères.

- 11% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë,
- 33% des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale,
- Quatre enfants de 6 à 59 mois sur cinq soit 82% souffrent d'anémie dont 11% souffrent de la forme sévère.

L'objet de notre thèse est l'évaluation de l'état nutritionnel et la qualité des soins des enfants de 0 à 5 ans, et faire des recommandations pour une amélioration du suivi.

II - OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la prise en charge des enfants malades au niveau du CSCOM de Sénou dans la Commune VI du District de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Apprécier la qualité de la prise en charge des enfants malades de 0 à 5 ans vus en consultation par les agents de santé
- Apprécier l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois
- Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de prise en charge de leurs enfants à domicile
- Évaluer les connaissances attitudes et pratiques des mères sur le mode d'alimentation des enfants de 0 à 59 mois.

III- GENERALITES

1- LES ACTIONS ESSENTIELLES DE NUTRITION : sont les suivantes

- Supplémentation en fer par acide folique des femmes enceintes ;
- allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- alimentation complémentaire adéquate ;
- supplémentation en vitamine A des femmes en post-partum immédiat (dans les 8 semaines après l'accouchement) ;
- supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois (tous les 6 mois) ;
- promotion de la consommation du sel iodé par tous les ménages ;
- prise en charge nutritionnelle de l'enfant malade ;
- promotion et surveillance du gain de poids durant la grossesse et chez l'enfant de moins de 5 ans.

2- LA QUALITE DES SOINS

La qualité des soins se définit comme l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions qui sont sûres, abordables pour la société en question , qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition en fonction du client [76].

L'évaluation de la qualité des soins est un processus qui nécessite souvent des techniques assez élaborées. Pour certains auteurs [57] elle peut s'appuyer sur trois critères essentiels :

- le niveau d'application aux soins des connaissances et techniques disponibles ;
- l'adaptation aux besoins ou la satisfaction des usagers (pertinence des actions) ;
- l'optimisation des ressources mises à la disposition du service (efficience).

Selon Dumoulin j [11] la qualité des soins pose un problème fondamental à savoir qui l'évalue et en fonction de quel critère ? Il pense à cet effet que la qualité des soins peut être appréciée par quelques indices tels que :

la présence ou le manque de médicament et fournitures essentiel,
la compétence et la motivation du personnel,
l'organisation du travail des soins,
la division du travail entre personnel de qualification différente,
l'orientation et l'évacuation des malades,
la gestion du service.

Dans notre étude, il nous a paru difficile d'obtenir des éléments positifs quand on essaie de cerner ces trois critères à la fois [57].

Exemple : ceux qui appliquent bien les techniques et connaissances ne sont pas toujours ceux qui donnent satisfaction aux usagers surtout si on tient compte du contexte culturel (prescripteur qui donne moins de médicaments,, usage de comprimés par rapport aux injectable).

Aussi disait, Mercinier P [35], l'objectivité du personnels de santé n'est pas toujours rationnel.

3- EPIDEMIOLOGIE

- Mortalité infantile

L'Afrique constitue la partie du monde où la mortalité infantile est la plus élevée avec des disparités entre les différentes sous régions

L'Afrique Australe : 51‰ ; l'Afrique Septentrionale 51‰ ;

L'Afrique occidentale 89‰, (Sénégal 68‰, Guinée Conakry 98‰, Burkina-Faso 105‰, Côte d'Ivoire 112‰, Mali 123‰, Niger 123‰

L'Afrique Orientale 102‰ ; L'Afrique centrale 106‰

Tandis que ce taux est plus bas dans les pays développés avec au Canada 5,5‰ ; Etats unis 7‰ ; Europe 9‰ [10]

Le Mali est l'un des pays d'Afrique occidentale où la mortalité infanto-juvénile est élevée 238‰ soit près d'un enfant sur quatre [13] .

Malgré l'appui technique et financier des partenaires comme l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale à l'Etat dans la lutte contre la mortalité et la morbidité infanto-juvénile par l'exécution des grands programmes de lutte spécifique contre certaines maladies (paludisme, diarrhée, IRA, malnutrition), de programme de prévention ou d'éradication de certaines maladies (PEV, allaitement maternel), des millions d'enfants de moins de 5 ans meurent à cause de ces maladies [10].

- Les infections respiratoires

Elles constituent la principale cause de mortalité chez les enfants de moins 5 ans. 40% des enfants vus dans les centres de santé souffrent d'IRA passées inaperçues .Les IRA basses ont un taux de mortalité 30-70 fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés.

Selon l'OMS 30- 60% des consultations pédiatriques dans les services de santé et 30-40% des hospitalisations peuvent être imputées aux seules IRA [10].

- Diarrhée

Plus de deux millions d'enfants meurent chaque année des maladies diarrhéiques dans les pays en développement. Ces maladies sont provoquées par une grande diversité d'infections en particulier dues à la consommation d'aliments et d'eaux contaminées [10].

Au Mali 19% des enfants de moins de 5 ans souffrent de maladies diarrhéiques [13].

- **Paludisme**

Chaque année dans le monde entier, entre trois cent à cinq cent millions de cas cliniques du paludisme sont signalés, 90% de ces cas se trouvent en Afrique subsaharienne.

Au Mali le paludisme est classé par les statistiques sanitaires comme la première cause de mortalité et de morbidité infantile [10]. Une étude faite à Bancoumana a montré que le paludisme représentait 62,62% en 1996 et 72,22% en 1997 le motif de consultation et que les enfants de moins de 5 ans faisaient 1 à 1,4 accès par an [9].

. **Malnutrition**

Selon l'OMS, le terme de malnutrition se rapporte à plusieurs maladies, chacune ayant une cause précise liée à une insuffisance d'un ou de plusieurs nutriments et caractérisée par un déséquilibre cellulaire entre l'approvisionnement en nutriment et en énergie d'une part, et les besoins de l'organisme pour assurer la croissance, le maintien de l'état des diverses fonctions d'autres part. Huit cent quinze millions de personnes étaient touchés par l'insécurité alimentaires en 2000. Sur soixante deux millions de personnes qui meurent en moyenne chaque année, trente six millions, soit 58% meurent directement ou indirectement des suites de carences nutritionnelles, d'infections ou de maladies dans un contexte de sous alimentation [27]. Si la malnutrition est rarement mentionnée comme cause directe, elle n'en contribue pas moins à plus de la moitié des décès des enfants [10].

La malnutrition et les problèmes tant pathologiques qu'économiques qui en découlent ne cessent d'augmenter dans le monde particulièrement dans les pays en développement.

La FAO a estimé entre 1996 et 1998 à 782 millions le nombre de personnes souffrant de la malnutrition dans le monde :

- Amérique et les Caraïbes : 55 millions soit 6,95% ;
- Région Asie pacifique : 167 millions soit 21% ;
- Chine : 140 millions soit 17,68% ;
- Inde : 208 millions soit 26,26% ;
- Afrique du Nord et le Moyen Orient : 36 millions soit 4,55% ;
- Afrique au Sud du Sahara : 186 millions soit 23,48%.

Dans la région de Bukavu en République Démocratique du Congo, la malnutrition protéino-énergétique représente près de 25% des consultations selon Bakatuba Kanku (40-50%) des enfants hospitalisés le sont pour malnutrition sévère [24] .

Au Mali selon EDS III en 2001, le taux global de malnutrition (poids pour âge < -2ET) chez les enfants de 0 – 55 mois est de 38,2%.

L'importance de la malnutrition (prévalence, de morbidité et de mortalité) n'est plus à démontrer, comme en témoignent de nombreuses études [64, 65, 70].

Selon Sy O [66] la malnutrition est la troisième cause d'hospitalisation avec 13,4%, première cause de décès 31,7% dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. De même, Tangara A [73] a trouvé que la mortalité hospitalière de la malnutrition était de l'ordre de 19,4% dans la tranche d'âge 0 – 5 ans.

Sanogo D [67] a trouvé dans son étude en 2003 un taux de malnutrition élevé (28,2%) chez les enfants de 0 – 24 mois avec un taux de mortalité de 17,8% .

4- LES CAUSES DE LA MALNUTRITION

Les trois principales causes sous-jacentes telles que définies par le cadre conceptuel de l'UNICEF sont :

- Accès insuffisant aux aliments et nutriments ou insécurité alimentaire ;
- Insuffisance des soins pour les enfants et les femmes ;
- Insuffisance des services de santé et un environnement malsain.

4.1- Accès insuffisant aux aliments et nutriments ou insécurité alimentaire

Les familles ne peuvent pas produire ou acquérir des quantités suffisantes d'aliment pouvant leur fournir l'énergie et les nutriments dont elles ont besoin.

Les solutions à ce problème ne relèvent pas du secteur de la santé.

Il arrive souvent que les familles se battent pour la survie alimentaire ce qui crée une situation de déséquilibre en défaveur des soins de santé pour les groupes vulnérables (enfants et femmes). La conséquence est la persistance de sérieux problèmes de santé et de nutrition.

4.2- Insuffisance des soins pour les enfants et les femmes

La lutte pour la survie fait qu'il y a peu de temps et de ressources affectés aux besoins des enfants et des femmes.

L'insuffisance des soins peut comprendre les situations suivantes :

- Ne pas nourrir adéquatement les enfants malades ;
- Ne pas donner suffisamment d'attention aux besoins de santé des femmes enceintes et des adolescents ;
- Ne pas allaiter au sein de manières appropriées etc....

4.3- Insuffisance des services de santé et un environnement malsain Elle se résume aux facteurs suivantes :

- L'éloignement du centre,

- Le Déficit organisationnel des services de santé pour satisfaire les besoins de la population,

Exemples :

- Faible couverture vaccinale ;
- Faible couverture en soins prénatals ;
- Faible couverture en accouchement assisté ;
- Prise en charge inadéquate des enfants malades et les malnutris sévères ;
- Manque ou insuffisance de l'éducation nutritionnelle (appréciation, et supplémentation nutritionnelles, counseling non effectués de manière routinière dans les services et points contacts) ;
- Pénurie d'eau potable ;
- Manque d'infrastructures d'assainissement (latrines, évacuation des eaux usées) [42].

5- LES ASPECTS CLINIQUES DE LA MALNUTRITION

Le terme malnutrition a plusieurs aspects cliniques dont la malnutrition généralisée dans ses différentes formes que sont le << Rabougrissement >> ou malnutrition chronique, l'émaciation ou malnutrition aiguë et l'insuffisance de poids ou insuffisance pondérale ainsi que les carences en micro nutriments tels que vitamine A, fer zinc et acide folique.

- **Le terme malnutrition généralisée** : est de plus en plus utilisé pour souligner le faible poids ou la petite taille par lesquels on a l'habitude de décrire les différentes formes de malnutrition (aiguë, chronique et insuffisance d'énergie et de protéines), lorsqu'on le compare à celui d'un enfant du même âge qui est bien nourri. Elle fait appel à l'indice de poids par rapport à l'âge ; et le chiffre obtenu

est comparé à une population de référence. L'OMS a recommandé d'utiliser le pourcentage par rapport à la médiane de la population (bien nourrie) de référence définie par la NCHS (national center for health statistics) des Etats-Unis d'Amérique .Le seuil de malnutrition modérée est atteint à partir de moins de 80% ou de 2 écart-types. La malnutrition est considérée sévère lorsque le chiffre se situe au-dessous de 60% de la médiane ou moins.

- **L'insuffisance pondérale** : c'est une situation où le poids de l'enfant est de 3 écart-types.

- **La malnutrition chronique** : c'est l'état d'un enfant dont la taille est faible par rapport à celle d'un enfant du même âge dans la population de référence. L'indice est donc la taille par rapport à l'âge

- **La malnutrition aiguë** : c'est lorsque l'enfant a un faible poids comparé à un enfant de même taille dans la population de référence. L'indice utilisé est le poids par rapport à la taille.

- **La carence en micro nutriments** : résulte d'une insuffisance des réserves et des taux circulant dans le sang en micro nutriments pour maintenir la croissance, la santé et le développement. Les micro nutriments sont des substances dont l'organisme a besoin en petite quantité pour maintenir la santé :Exemple : sels minéraux , vitamines. Leur carences ne sont toujours pas visibles et ne traduisent toujours pas l'insuffisance pondérale, la malnutrition chronique ou émaciation.

➤ **Les carences en vitamines A, fer, iode :**

ce sont les plus fréquents dans le monde. Mais les carences en zinc et en acide folique peuvent causer de sérieux dommages pour la santé. Par exemple il a été démontré qu'une supplémentation en zinc a permis de réduire la durée et la sévérité de la diarrhée, de réduire la malnutrition chronique et les complications de la grossesse. La carence en acide folique représente un risque de morbidité et de mortalité maternelle et un faible poids à la naissance [24].

5.1- EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL SELON LA CLASSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME):

A- Rechercher les signes de malnutrition sévère

a- Rechercher un amaigrissement visible et sévère

L'enfant qui est extrêmement maigre souffre de marasme, une forme de malnutrition sévère .L'enfant semble n'avoir que la peau et les os. Certains enfants sont maigres, mais ne pressentent pas de signes visibles d'amaigrissement. Donc il est nécessaire de déshabiller l'enfant pour examiner les muscles de ses épaules, les bras, fesses et jambes ;de regarder les hanches qui peuvent paraître plus étroites que le thorax ou l'abdomen. Observer l'enfant latéralement pour voir si ses cuisses sont maigres. En cas d'émaciation extrême, la peau des fesses et des cuisses est très ridée et forme une sorte de << culotte de cheval >>

b- Rechercher des œdèmes sur les deux pieds

L'enfant qui a des œdèmes au niveau des deux pieds peut souffrir de kwashiorkor qui est aussi une malnutrition sévère. Dans ce cas il faut rechercher des cheveux fins, clairsemés et roux qui tombe facilement, la peau est sèche et squameuse surtout au niveau des bras et des jambes. Le visage est bouffi ou rond comme la lune. L'œdème est le résultat d'une grande quantité de liquide qui se rassemble dans les tissus qui se gonflent. Rechercher le godet qui consiste à appuyer délicatement avec le pouce pendant quelques secondes sur la partie supérieure de chaque pied. L'enfant a un œdème si un creux reste marqué sur son pied après que vous enlevez votre pouce [24].

B- Déterminer si le poids est très faible pour l'âge

Il s'agit de comparer le poids de l'enfant avec le poids d'autres enfants qui ont le même âge que lui. Il faut voir si le poids de l'enfant se situe au dessous de la courbe inférieure du diagramme poids/âge. Dans ce cas, l'enfant a un poids très faible pour son âge. L'enfant dont le poids se trouve sur cette ligne inférieure ou dessus de ligne supérieure peut, lui aussi souffrir de malnutrition. Mais l'enfant dont le poids se situe au dessous de la ligne inférieure a besoin d'une alimentation spéciale.

Prenez la courbe poids/âge que contient le fascicule de tableaux de la PCIME :

- Calculer l'âge de l'enfant en mois ;
- Peser l'enfant, en utilisant une balance qui doit être précise et exacte.

Il faut que l'enfant soit déshabillé ou habillé légèrement quand on le pèse. Demander à la mère d'enlever les habits lourds ou les chaussures si l'enfant en porte.

C- Rechercher la pâleur palmaire sévère

La pâleur est un signe d'anémie qui se manifeste par la couleur exceptionnellement claire de la peau. Pour la déceler, il faut regarder la paume de la main de l'enfant. Ouvrez lentement la main de l'enfant ; ne tirez pas les doigts vers l'arrière, car ce geste peut gêner la circulation du sang, et entraîner une pâleur.

Comparer la couleur de la paume de l'enfant avec celle de votre propre paume et celle de la mère. Si la paume est particulièrement claire, l'enfant a une pâleur palmaire. Si la peau est très pâle, ou qu'elle semble blanche, l'enfant a une pâleur palmaire sévère.

D- Comment déterminer l'état nutritionnel à partir de la courbe de croissance

-Utiliser la courbe poids/âge pour déterminer le poids selon l'âge : chercher sur l'axe vertical, la ligne correspondant au poids de l'enfant.

. Chercher sur l'axe horizontal la ligne correspondant à l'âge de l'enfant calculé en mois,

.Chercher, sur la courbe, le point d'intersection entre la ligne du poids et la ligne de l'âge de l'enfant,

- Examiner si ce point se situe sur la courbe inférieure, au dessus ou au dessous de celle-ci :

- . Si ce point se situe au dessous de la ligne inférieure, l'enfant a un poids très faible pour son âge,

- . Si le point se situe au dessus de la ligne inférieure ou sur cette ligne, l'enfant a un poids normal ou acceptable pour son âge [24].

5.2- Classification de la Malnutrition :

➤ Selon l'OMS

Seuils et /ou présence d'œdème

	Modérée	Sévère
œdèmes	Non	Oui (œdème de malnutrition)
Poids/Taille (amaigrissement/ émaciation)	Entre -2 et -3Z-Scores (entre 79 et 70%)	-3Z-scores (<70%) (amaigrissement sévère)
Taille/Age (retard de croissance)	Entre -2 et-3Z-scores (entre 90 et 85%)	3Z-scores (<85%) (retard de croissance sévère)

➤ - Selon la PCIME

- Malnutrition sévère et/ ou anémie grave ;
- Anémie et/ou poids très faible ;
- Pas d'anémie et pas de poids très faible.

❖ **Tableau de classification de la malnutrition et l'anémie**

Signes	Classer	Traitement
<p>Amaigrissement visible ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - pâleur palmaire sévère ou - œdème des pieds 	<p>Malnutrition sévère ou anémie grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Donner de la vitamine A - Transférer d'urgence à l'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> - pâleur palmaire légère ou ou poids très faible pour l'âge 	<p>Anémie ou poids très faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir comme décrit dans le cadre aliments - Si problème d'alimentation revoir l'enfant dans 5 jours - En cas de pâleur donner du fer ; <ul style="list-style-type: none"> . donner un antipaludéen oral si risque élevé de paludisme . donner du mebendazole si l'enfant a 2 ans ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 6 derniers mois précédent - Expliquer à la mère quand revenir immédiatement - En cas de pâleur revoir l'enfant dans 14 jours - Si le poids est très faible pour l'âge revoir l'enfant dans 30 jours
<p>Pas de poids très faible pour l'âge et pas d'autres signes de malnutrition</p>	<p>Pas d'anémie et pas de poids très faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'enfant a moins de 2 ans évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme le décrit dans le cadre aliments - Si problème d'alimentation revoir l'enfant dans 5 jours - Expliquer à la mère quand revenir immédiatement

❖ **La malnutrition sévère ou l'anémie grave**

Si l'enfant est visiblement émacié, s'il a une pâleur palmaire sévère ou un œdème à chaque pied, classez-le dans la catégorie malnutrition sévère ou anémie grave.

L'enfant qui a des œdèmes aux deux pieds peut souffrir d'autres maladies, telle que le syndrome néphrotique. Il n'est pas nécessaire de faire la distinction entre ces affections et le kwashiorkor, car chacun de ces cas exige l'hospitalisation de l'enfant. L'enfant classé dans cette catégorie risque de mourir d'une pneumonie, de la diarrhée, ou d'une autre maladie grave. Il faut transférer d'urgence à l'hôpital, où il faut surveiller attentivement l'évolution de son état. Il peut avoir besoin d'une alimentation spéciale, d'antibiotiques ou de transfusion sanguine. Donnez-lui une dose de vitamine A avant son transfert à l'hôpital.

❖ **L'anémie ou le poids très faible**

Si l'enfant a un poids très bas pour son âge ou s'il a une légère pâleur palmaire, classez-le dans la catégorie anémie ou poids très faible. Cet enfant risque de contracter une maladie grave. Quand vous notez son état dans la colonne de la classification, vous pouvez écrire simplement << anémie >> si l'enfant ne présente qu'une pâleur palmaire ou << poids très faible >>, ou si l'enfant a uniquement un poids très bas pour son âge. Évaluer l'alimentation de l'enfant et donnez à sa mère des conseils sur son alimentation selon les instructions recommandations figurant dans la case du fascicule de la PCIME.

L'enfant qui a une légère pâleur palmaire peut être anémique. Traitez le avec du fer. L'anémie peut être due au paludisme, à l'ankylostome ou au trichocéphale. Quand le risque de paludisme est élevé, administrez un antipaludéen à l'enfant anémique. Les infections causées par l'ankylostome ou le trichocéphale contribuent à l'anémie, parce que le

saignement intestinal provoque une carence en fer. Ne donnez du mebendazole à l'enfant que si ces deux parasites sévissent dans la région et si l'enfant anémique a atteint 2 ans et n'a pas reçu de dose de mebendazole durant les 6 mois précédents.

❖ **Pas d'anémie et pas de poids très faible**

Si l'enfant n'a pas un poids très bas ou s'il ne présente pas d'autres signes de malnutrition, classez-le dans la catégorie pas de poids très faible et pas d'anémie.

Les enfants de moins de 2 ans ont un risque plus élevé que les enfants plus âgés d'être victimes de problèmes d'alimentation ou de malnutrition. Si l'enfant a moins de 2 ans, évaluez son alimentation. Donnez à la mère des conseils sur son alimentation selon les instructions et recommandations figurant dans la case du fascicule de la PCIME.

5.3- RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

➤ RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (DE L'ENFANT EN BONNE SANTE)

La division nutrition de la direction nationale de santé (DNS) formule des recommandations pour l'alimentation (enfant malade ou en bonne santé) dans les colonnes correspondant aux différents tranches d'âge. L'enfant malade n'a sans doute pas beaucoup d'appétit. Cependant il faut lui offrir le type d'aliment recommandé pour son âge, aussi souvent que prévu, même s'il mange peu à chaque repas. Après la maladie une bonne alimentation aide l'enfant à reprendre le poids perdu et évité la malnutrition. Elle contribue aussi à prévenir de futures maladies.

➤ **RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE 0-6 MOIS**

- Allaiter aussi souvent et aussi longtemps que possible de jour comme de nuit.
- Allaiter au moins 8 fois en 24 heures.
- Eviter de donner eau, tisane, décoction de plante ou tout autre liquide à l'enfant.
- Vider un sein avant de passer à l'autre à chaque tétée (au cours de la même tétée, donner un seul sein jusqu'à ce qu'il se vide puis passer à l'autre sein si l'enfant n'est pas rassasié sinon à la prochaine tétée commencer par le sein qui n'avait pas été tété).

➤ **RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE 7-11 MOIS**

- Allaiter au sein aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant réclame au cours de chaque tétée ;
- Vider un sein avant de passer à l'autre sein à chaque tétée ;
- Donner en complément du sein des ratios adéquates de :
 - . Bouillie (à base de riz ou mil ou maïs ou blé ou niébé) enrichie avec du lait ou de la poudre d'arachide ou du beurre de karité ou de la pâte d'arachide.
 - . Soupe de viande ou de poisson avec légumes écrasés (courge, citrouille, patate, carotte, pomme de terre, tomate feuilles vertes...),
 - . Ou des ingrédients du plat familial écrasés (légumes, viande poisson...)
 - . Fruits de saison murs, écrasés ou en jus (orange, mangue melon, papaye...)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ 3 fois par jour avec allaitement au sein▪ 5 fois par jour sans allaitement au sein |
|---|

➤ **RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE 12-24 MOIS**

-Allaiter au sein aussi souvent que l'enfant le réclame ;

- **Donner les rations adéquates de :**

. Plat familial incluant tous les éléments 3 fois par jour

. Goûter 2 fois par jour entre les principaux repas : la bouillie enrichie, les beignets, autres fritures (patate, plantain, pomme de terre) fruits de saison murs (orange, mangue, banane, melon...) ;

.ou les aliments du repas familial 5 fois par jour,

. Surveiller l'enfant quand il mange.

➤ **RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 24 MOIS**

- Donner des aliments du repas familial en 3 repas quotidiens. En outre deux fois par jour,

- **Donner des aliments nutritifs entre les repas comme :**

. La bouillie enrichie,

. Les beignets (riz, haricot, mil blés),

. Autres fritures (patate, pomme de terre, plantain...),

. Fruits de saison murs de saison (orange, banane, melon, mangue, papaye...).

.servir l'enfant dans un bol individuel

.surveiller quand il mange.

Tout bon régime alimentaire doit être adéquat en quantité et inclure les aliments riches en énergie (bouillie de céréales enrichie) ; en protéine (viande, poisson, poulets œufs, légumineuses) ; en minéraux et vitamines (fruits et légumes)

➤ **RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION D'UN ENFANT AVEC UNE DIARRHÉE PERSISTANTE**

- S'il est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et le plus longtemps, jour et nuit
- **Si l'enfant consomme un autre lait :**
 - . Remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein, ou
 - . Remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés tels que le lait caillé, les yaourts, ou
 - . remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides tels que bouillie de riz, poudre de pain de singe délayée dans l'eau ou d'autres aliments très nutritifs tels que la viande du poisson ou des œufs .
 - . Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de l'enfant selon son âge.

5.4- EVALUATION DE L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

L'agent de santé doit évaluer l'alimentation de l'enfant qui est classé comme ayant une anémie ou une insuffisance pondérale à moins de 2 ans.

Au cours de cette évaluation :

Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et sur son alimentation durant cette maladie :

- **Allaitez-vous l'enfant ?**
 - . Combien de fois dans la journée ?
 - . Pendant combien de temps ?
 - . Allaitez-vous aussi pendant la nuit ?
- Est-ce que l'enfant consomme d'autres aliments (bouillie simple, bouillie enrichie, soupe) ou liquides (eau, lait)
 - . Combien de fois par jour ?

. Comment donnez-vous à manger à l'enfant ? (biberon, bol, cuillère ou main).

- Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge

. Pensez-vous qu'il mange suffisamment ?

. L'enfant est-il surveillé quand il mange ?

. Qui le nourrit ? (mère, sœur, grande-mère ou bonne) ; et comment ?

- pendant cette maladie, les habitudes alimentaires de l'enfant ont-elles changé ?

Si oui comment ?

Comparer les réponses de la mère aux recommandations pour l'alimentation selon l'âge de l'enfant.

5.5- CONSEILS SUR LES PROBLEMES D'ALIMENTATION

- Si l'enfant n'est pas nourri comme indiqué par les recommandations, conseiller la mère en conséquence. En outre :

□ Si la mère signale qu'elle a des difficultés pour faire téter l'enfant, montrer lui le bon positionnement pour l'allaitement et la bonne prise du sein

□ Si l'enfant à moins de 6 mois et consomme d'autres liquides (eau, infusion ou décoction de plantes) ou d'autres laits ou aliments :

* Renforcer la confiance de la mère en lui assurant qu'elle peut produire tout le lait dont l'enfant à besoin,

* Suggérer de mettre l'enfant au sein plus fréquemment et de l'y laisser plus longtemps, le jour comme la nuit et d'arrêter ou de réduire progressivement l'autre lait, les aliments et les liquides.

□ Si la consommation d'un autre lait doit continuer, conseiller à la mère :

• D'allaiter au sein autant que possible, y compris la nuit,

- * De s'assurer que l'autre lait est un lait de substitution localement appropriée,
 - * De s'assurer que l'autre lait est préparé hygiéniquement et est donné en quantité appropriée,
- * finir dans l'heure le lait préparé.
 - Si la mère doit s'absenter, lui conseiller :
- * D'exprimer son lait dans une tasse propre et le conserver dans un endroit propre,
- * De donner le lait maternel exprimé en prélevant la quantité nécessaire dans une tasse propre et de donner à l'aide d'une cuillère,
- * Expliquer comment donner le lait à l'aide d'une cuillère.
 - Si la mère nourrit l'enfant au biberon :
- * Conseiller de laver proprement le biberon et le faire bouillir avant son utilisation
 - Si l'enfant se nourrit mal, conseiller à la mère :
- * De s'asseoir avec l'enfant et de l'encourager à manger,
- * De donner à l'enfant une ration adéquate dans une tasse ou dans un bol séparé.
 - Si l'enfant se nourrit mal pendant une maladie, conseiller à la mère ;
- * d'allaiter au sein plus fréquemment et plus longtemps si possible,
- * D'offrir des aliments faciles à manger, variés, appétissant et préférés par l'enfant pour l'encourager à manger, le plus possible, et lui donner de fréquents petits repas.
- * De désobstruer les narines de l'enfant s'ils sont bouchés, ce qui l'empêche de manger,
- * De dire que l'appétit sera meilleur quand l'enfant ira mieux,

- Revoir tout le problème alimentaire dans 5 jours.

CONSULTATION DE SUIVI : QUAND REVENIR ?

➤ QUAND REVENIR IMMEDIATEMENT ?

- Tout enfant qui :

- est incapable de boire ou de téter,
- devient de plus en plus malade,
- a de la fièvre.

- Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :

- les selles contiennent du sang,
- l'enfant boit difficilement
- si l'enfant tousse.

➤ **Visite de suivi**

DEMANDER A LA MERE DE REVENIR POUR UNE VISITE DE SUIVI DANS LE PLUS COURT DES DELAIS MENTIONNES POUR LES PROBLEMES DE L'ENFANT :

Si l'enfant a	Revenir pour une visite dans :
Une pneumonie Une rougeole avec complications aux yeux ou à la bouche	2 jours
- Diarrhée avec déshydratation - Diarrhée sans déshydratation - Diarrhée persistante - Problème d'alimentation - Autres maladies, s'il ne s'alimente pas	5 jours
- Pâleur	14 jours
- Poids très faible pour l'âge	30 jours

- Vaccination selon le calendrier de vaccination

Pour la surveillance préventive des maladies du PEV

-Surveillance préventive des enfants :

- . Demander à la mère de revenir au centre :
- . Enfant de moins d'1 an : 1 fois par mois
- . Enfant de 12-24 mois :1 fois par trimestre
- . Enfant de 2-5 ans : tous les 6 mois

- Conseils à la mère sur sa propre santé

- . Si elle a un problème au sein (tel que l'engorgement, crevasse du mamelon, infection du sein), la soigner ou la transférer pour traitement ;
- . Lui conseiller de bien se nourrir pour entretenir sa force et sa santé
- . Vérifier l'état vaccinal de la mère et lui faire une piqûre antitétanique, si nécessaire,
- . S'assurer qu'elle a accès :
 - * au planning
 - * aux conseils sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida ;
- . S'assurer que la mère allaitante a reçu 200.000 UI de la vitamine A à l'accouchement ou dans les 40 jours du post-partum et si besoin, lui en donner.
- . S'assurer après l'accouchement que la mère allaitante a reçu sa dotation de fer (60 mg par jour pendant 2 mois).

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

L'étude a lieu dans le Centre de santé communautaire de Sénou, inclus dans le programme intégré de nutrition (PIN)

Situé dans la commune VI du District de Bamako ; Sénou est un quartier périphérique, couvrant une superficie de 7,32 km². Il est limité au Nord par Sirakoro Méguéta, Faladié et Niamakoro ; à l'Est, l'Ouest et au Sud par le cercle de Kati, avec une population de 18.099 habitants l'ethnie majoritaire est le Bambara ; l'islam est la religion prédominante. Il est à signaler qu'une partie de l'aire de santé de Sénou fait partie du cercle de Kati.

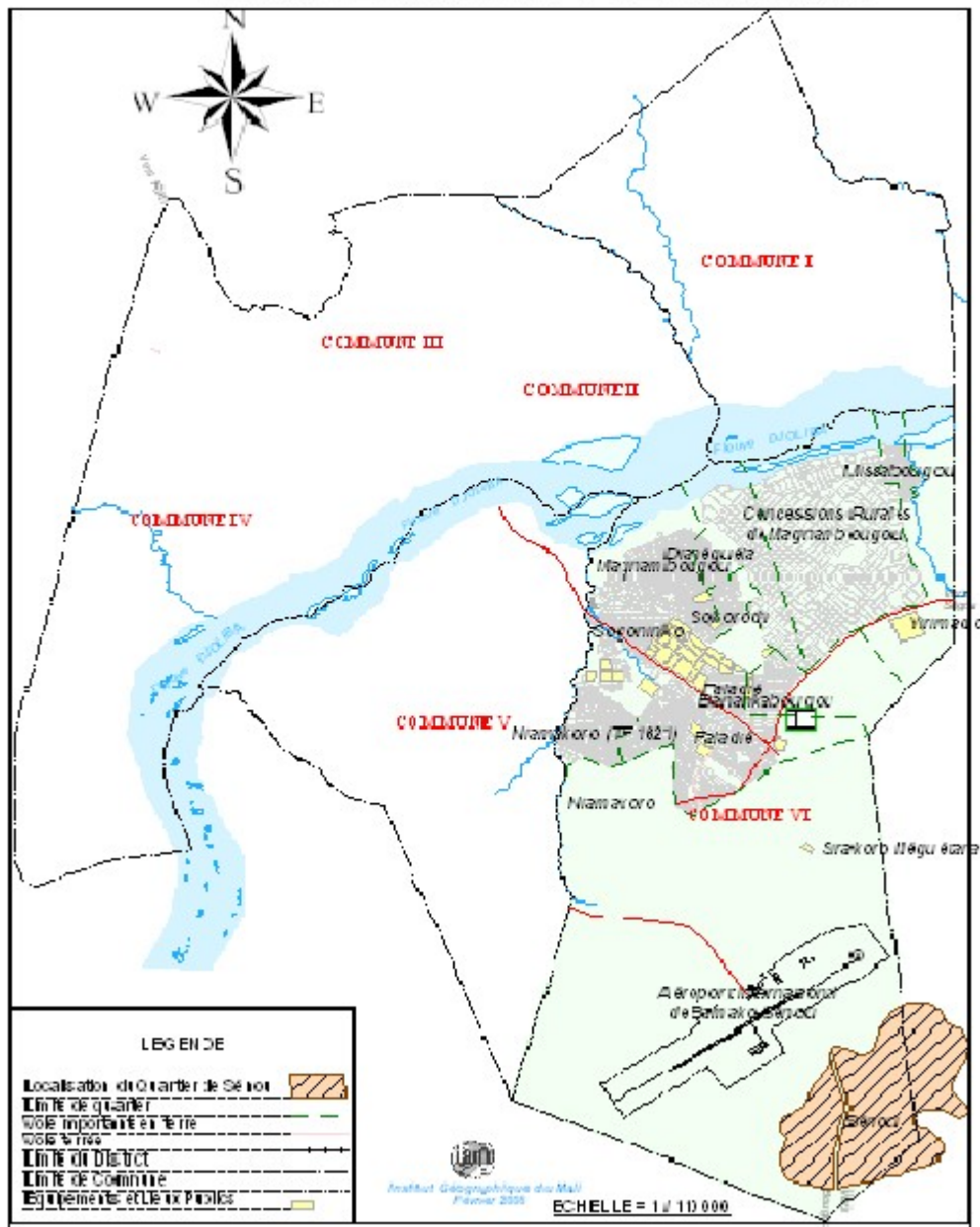
Le centre de santé communautaire de sénou (ASACOSE) dépend du centre de santé de référence de la commune VI qui la supervise trimestriellement

➤ Description du centre

.Infrastructure : elle comprend

- Le bureau du médecin chef avec 1 table de consultation ;
- le bureau de la sage femme avec 1 table de consultation ;
- une salle de travail avec 2 lits ;
- une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement ;
- une salle de suite de couche de 3 lits ;
- une salle de soin avec 1 stérilisateur ;
- une salle de récupération ou d'hospitalisation de jour perfusion de 4 lits ;
- un bureau pour le gestionnaire avec 1 table ;
- un laboratoire d'analyse médicale ;
- une pharmacie ;
- une salle pour le gardien ;
 - un incinérateur

LOCALISATION DU QUARTIER DE SENOU DANS LE DISTRICT DE BAMAKO



. Ressources humaines ou personnel

Au centre, il y a huit agents permanents 1 médecin, 1 sage femme, 1 infirmière, 2 matrones, 1 gestionnaire (comptable), 1 vendeuse de pharmacie, 1 manœuvre gardien. Ce personnel est appuyé par 3 bénévoles.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale permettant de faire la photographie de la situation à un moment donné.

3- Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} février au 20 mars 2006 .

4- Echantonnage

ASACOSE a été choisi sur la base des critères du PIN :

- fonctionnalité du centre ;
- l'accessibilité du CSCOM ;
- l'offre du PMA ;
- fonctionnalité de l'ASACO ;
- l'existence d'un partenaire local ;
- la situation géographique (quartier périphérique).

Tous les enfants de 0 à 59 mois venus au centre en consultation ont été inclus dans l'étude.

- Population cible

Etaient concernées par cette étude :

- les enfants de 0 à 59 mois,
- le personnel du centre,

- les mères d'enfants de 0 à 59 mois vues en consultation ou les personnes s'occupant des enfants.

- Critères d'inclusion

- les enfants de 0 à 59 mois se présentant au Centre de santé durant la période d'étude,
- le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des enfants,
- les mères d'enfants de 0 à 59 mois ou les personnes s'occupant des enfants

- Critères de non inclusion

- les enfants âgés de plus de 59 mois,
- le personnel de santé non impliqué dans la prise en charge des enfants,
- les mères ou les personnes s'occupant des enfants âgés de plus de 59 mois,
- refus de participer à l'étude.

5 - Support des données

Trois types de questionnaire ont été utilisés

- questionnaire 1 : Enfant
- questionnaire 2 : Observation du personnel de santé
- questionnaire 3 : interview de la mère ou accompagnant.

6- Technique de collecte

- observation des agents de santé
- Entretien à l'aide des questionnaires

7- Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en une phase après une formation reçue par les agents du centre et la réception de l'équipement complémentaire pour une bonne exécution du paquet intégré de nutrition (PIN).

8- Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel Epi-info (6.4fr).

9- Définitions opératoires

. Disponibilité des médicaments essentiels

Disponibilité signifie aucune rupture de stock de médicaments essentiels pendant la période de l'enquête pour le traitement des cas d'IRA, de diarrhées, de paludisme et de malnutrition.

. Disponibilité des vaccins

Disponibilité signifie aucune rupture de stock de vaccins des 6 maladies cibles retenues par le PEV pendant la période de l'enquête : BCG, DTC hépatite Haemophilus influenzae B (sous le nom de pentavalent DTC-HIB), polio oral et vaccin contre la rougeole.

. Statut vaccinal

- vaccination complète signifie enfant ayant reçu tous les vaccins du PEV
- vaccination incomplète signifie enfant ayant manqué certains vaccins du PEV,
- vaccination en cours signifie enfant ayant une vaccination à jour au moment de l'enquête.

. Recherche des signes d'alarmes

L'agent de santé a recherché au moins un signe pour la référence des cas graves parmi les 5 indicateurs :

- L'enfant, est-il capable de boire ou de prendre le sein ?
- L'enfant vomit-il tout ce qu'il consomme ?
- L'enfant a-t-il eu des convulsions ?
- Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient.
- Voir si l'enfant convulse.

. Etat nutritionnel des enfants malades correctement évalué

Nombre d'enfants malades qui ont été pesé et dont l'agent de santé a fait le rapport poids/age et déterminé le degré de malnutrition.

. Allaitement maternel exclusif

AME signifie enfant nourri uniquement au sein.

. Allaitement maternel prédominant

AMP signifie enfant nourri en grande partie au sein avec autres aliments.

. Allaitement mixte

Allaitement mixte signifie enfant nourri au sein et au biberon.

. Etat vaccinal des enfants malades correctement évalué

Nombre d'enfants malades pour qui l'agent de santé a vérifié le statut vaccinal en demandant à la mère et en vérifiant le carnet de santé/fiche de vaccination.

. Toux ou difficultés respiratoires correctement évaluées

L'agent de santé a demandé la durée de la toux, a compté la fréquence respiratoire et recherché le tirage sous costal.

. Diarrhée correctement évaluée

L'agent de santé a demandé la durée et la présence de sang dans les selles.

. Déshydratation correctement évaluée

L'agent de santé a apprécié l'état général et recherché le pli cutané.

. Fièvre/ paludisme

Fièvre correctement évaluée : l'agent de santé a demandé la durée, a pris la température et a recherché une autre cause de la fièvre que le paludisme (Ex : raideur de la nuque, signes évocateurs de la rougeole, mal de gorge, mal d'oreille).

. Traitement correct des IRA

L'agent de santé n'a pas prescrit d'antibiotique pour toux/rhume, a prescrit Cotri/ Amoxi oral pour pneumonie, Benzyl peni/Ampi inj pour pneumonie grave.

. Traitement correct de la diarrhée/dysenterie

L'agent de santé a prescrit :

- pour la diarrhée simple (sans autre diagnostic exigeant un antibiotique) :

. Plan A, B : SRO sans antibiotique

Plan C : perfusion de Ringer/sérum salé sans antibiotique.

- pour diarrhée sanglante :

. Plan A, B : SRO+ Cotrimoxazole /Ampicilline

. Plan C : perfusion de Ringer/sérum salé + Cotrimoxazole/Ampicilline

a . Traitement correct du paludisme

L'agent de santé a prescrit pour la fièvre /paludisme ; de la chloroquine des sels de quinine, de la sulfadoxine pyriméthamine ou l'association sels de quinine-chloroquine.

. Conseils corrects aux mères (IRA)

- **trois conseils généraux** : explications claires pour
 - . Administration correcte des médicaments
 - . Poursuite de l'alimentation/allaitement maternel
 - . Augmentation des liquides
- **plus ou moins un signe d'aggravation général** :
 - . L'état de l'enfant ne s'améliore pas
 - . Ou l'enfant est incapable de boire/manger/téter.
- **Plus au moins un signe d'aggravation spécifique** :
 - . Difficulté respiratoire : rapide ou lente

. Conseils corrects aux mères (diarrhée) :

- **trois conseils généraux** :
 - . administration correcte des médicaments,
 - . poursuite alimentation/allaitement maternel
 - . augmentation de liquide.
- **plus au moins un signe d'aggravation générale** :
 - . l'état de l'enfant ne s'améliore pas ,
 - . ou l'enfant incapable de manger/téter/boire.
- **plus au moins un signe d'aggravation spécifique** :
 - . sang dans les selles,
 - . la persistance de la diarrhée,
 - . ou le nombre de selle augmente.
 - .l'enfant boit difficilement

. **Conseils corrects aux mères (paludisme) :**

- **Trois conseils généraux :**

- . Explication claire pour :
- . administration correcte des médicaments,
- . poursuite de l'alimentation/allaitement maternel
- . augmentation des liquides.

- **plus au moins un signe d'aggravation générale :**

- . l'état ne s'améliore pas,
- . l'enfant est incapable de manger/téter/boire
- . ou la fièvre reste élevée.

. **Supervision**

Supervision adéquate des agents de santé :au moins deux visites dans les six derniers mois par le CSRéf.

. **Retro-information**

Retro-information constructive de supervision :rapport écrit et problèmes difficiles discutés lors de la dernière supervision.

. **Connaissances des mères sur la prise en charge (PEC)**

- Au moins une mesure générale :

- . Continuer à alimenter/allaiter l'enfant,
- . ou terminer complètement le traitement,
- . ou ramener l'enfant s'il ne s'améliore pas

- plus au moins une mesure spécifique :

- . diarrhée :

donner du SRO ou plus de liquide

ou donner à boire après chaque selle/vomissement

- . fièvre/paludisme

donner la chloroquine ou donner paracétamol/aspirine

. IRA

donner un remède inoffensif contre la toux..

. Connaissances des mères sur les signes de gravité

Connaissances des mères sur les signes de gravite sont jugées efficaces si :

- au moins deux signes de gravité :

- . la fièvre apparaît ou ne disparaît pas,
- . l'enfant fait des convulsions,
- . les vomissements commencent ou continuent,
- . l'enfant est incapable de manger, de boire,
- . la diarrhée continue,
- . le sang apparaît dans les selles,
- . l'enfant a des difficultés respiratoires.

. Connaissances des mères sur la préparation de la SRO

. Mères des enfants diarrhéiques qui savaient préparer correctement, SRO : un litre d'eau plus un sachet de sel réhydratation.

. Connaissances des mères sur la nutrition de l'enfant

- savoir qu'on doit faire :
 - . allaitement maternel exclusif enfant de 0 à 6 mois
 - . diversification alimentaire de 6 à 24 mois
 - . allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois.

V- RESULTATS

1-Consultation des enfants malades : 37 enfants ont été inclus

Tableau I : Répartition des enfants selon l'âge

Tranches d'âge (mois)	Effectif	Pourcentage
0-6 mois	4	10,8
7-11 mois	7	18,9
12-24 mois	12	32,5
Plus de 24 mois	14	37,8
Total	37	100

La tranche d'âge la plus représentée était supérieure à 24 mois (37,8%).

Tableau II : répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	23	62,2
Féminin	14	37,8
Total	37	100

Le sexe masculin représentait 62,2%

Le sex-ratio M /F=1,64

Tableau III : Répartition des enfants selon la qualité de l'accueil réservé à la mère dans le centre.

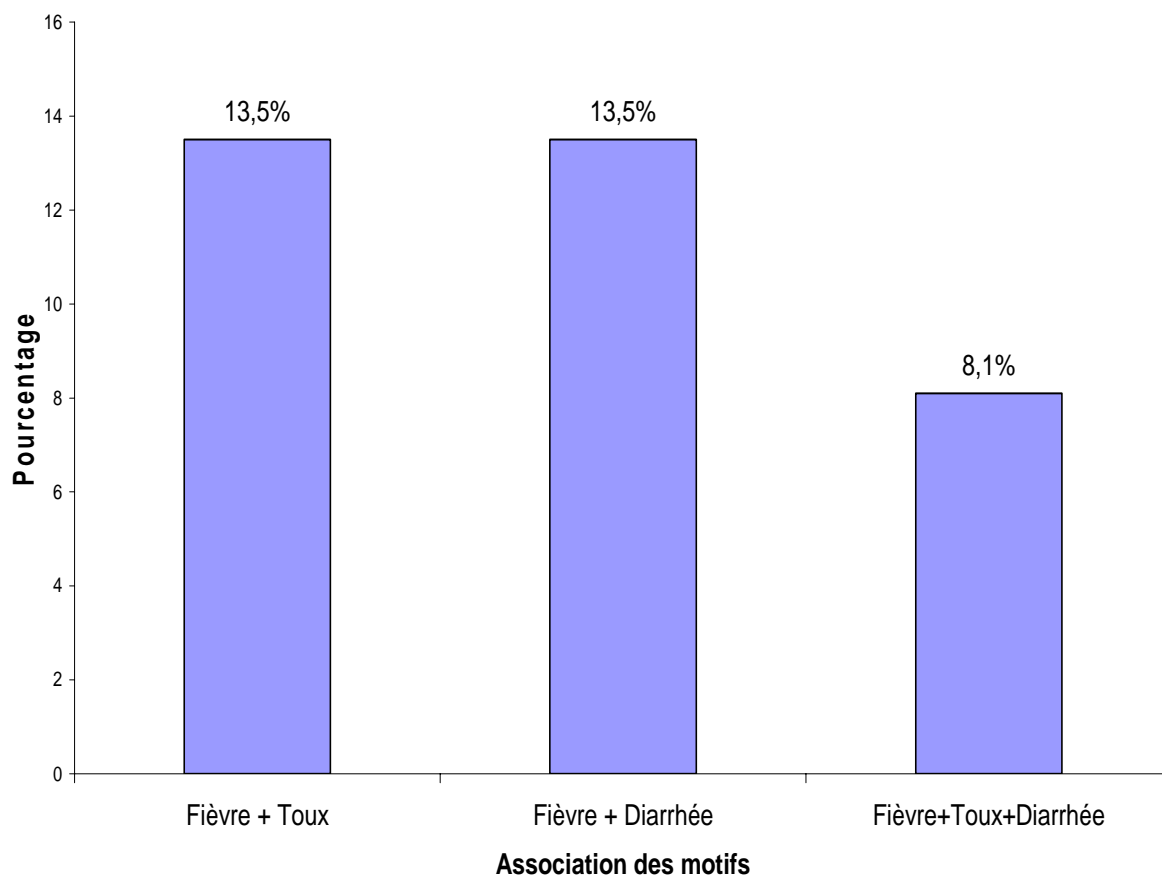
Accueil	Oui	Non	Total
Agent de santé salue t-il la mère	37	0	37
Agent de santé invite t-il la mère à s'asseoir	37	0	37

Les paramètres de l'accueil étaient à 100% effectués par l'agent de santé.

Tableau IV : Répartition des enfants selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Fièvre	21	56,8
Toux	8	21,6
Diarrhée	12	32,4
Vomissement	7	18,9
Rhume	1	2,7
Autre	16	43,2

La fièvre était le motif le plus évoqué par les mères lors des consultations.



Fièvre+toux et fièvre+diarrhée étaient les motifs de consultation.

Graphique 1 : Répartition des enfants selon l'association des motifs de consultation.

Tableau V : Répartition des enfants selon les informations recherchées au moment de la consultation.

Informations recherchées	Oui	Non	Total
Carnet santé/carte vaccination	4 (10,8%)	33 (89,2%)	37
Age	37 (100%)	0	37
Poids	29 (78,4%)	8 (21,6%)	37
Température(thermomètre/toucher)	34 (91,9%)	3 (8,1%)	37
Fréquence respiratoire	1 (2,7%)	36 (97,3%)	37

L'information la plus recherchée était l'âge 100% suivi de la température et du poids.

La fréquence respiratoire n'a été recherchée que dans 1 cas soit 2,7%.

Tableau VI : Répartition selon que l'agent de santé recherche les signes de la maladie

Recherche des signes de danger	Oui	Non	Total
Enfant mange et boit normalement	13 (35,1%)	24 (64,9%)	37
Enfant tête	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37
Allaitement quotidien de l'enfant	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37
Convulsion	6 (16,2%)	31 (83,8%)	37
Changement de l'état de conscience	0	37 (100%)	37
Clarification au sujet de la maladie	5 (13,5%)	32 (86,5%)	37
Début/durée de la maladie	36 (97,3%)	1 (2,7%)	37
Fièvre	35 (94,6%)	2 (5,4%)	37
Vomissement	26 (70,3%)	11 (29,7%)	37
Diarrhée	23 (62,2%)	14 (37,8%)	37
Nombre de selles/24 heures	5 (13,5%)	32 (86,5%)	37
Sang dans les selles	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37
Toux, difficulté respiratoire	13 (35,1%)	24 (64,9%)	37
Antécédent de rougeole	0	37 (100%)	37
Traitement à domicile/traditionnel	18 (48,6%)	19 (51,4%)	37
Traitement à domicile/moderne	17 (45,9%)	20 (54,1%)	37

La fièvre, les vomissements et la diarrhée étaient les signes les plus recherchés.

Tableau VII : Répartition selon les demandes et critiques de l'agent de santé à la mère

Demande/critique	Oui	Non	Total
Possession carte de vaccination mère	0	37 (100%)	37
Critique à la mère	0	37 (100%)	37
Revenir avec carnet de santé de l'enfant à la prochaine visite	0	37 (100%)	37
Rendez-vous/visite suivi	37 (100%)	0	37

Toutes les mères avaient eu un rendez-vous de suivi et aucune d'entre elles ne possédaient sa carte de vaccination .Aussi aucune d'entre elles n'avaient été critiquées.

Aucune n'a été sollicitée à ramener son carnet à la prochaine visite

Tableau VIII : Répartition selon la fréquence des gestes effectués à l'examen clinique

Gestes effectués (examen)	Oui	Non	Total
Etat Général	32 (86,5%)	5 (13,5%)	37
Soif	0	37 (100%)	37
Conduit auditif	4 (10,8%)	33 (89,2%)	37
Tirage sous costal	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37
Plis cutanés/abdominaux	14 (37,8%)	23 (62,2%)	37
Yeux	1 (2,7%)	36 (97,3%)	37
Pâleur conjonctivale ou palmaire	30 (81,1%)	7 (18,9%)	37
œdème pré tibial (dos du pieds)	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37
Palpation abdominale	26 (70,3%)	11 (29,7%)	37
Gorge	23 (62,2%)	14 (37,8%)	37

L'appréciation de l'état général, la recherche de la pâleur conjonctivale ou palmaire, l'auscultation et la palpation abdominale étaient les examens les plus effectués.

Tableau IX : Répartition selon la fréquence des diagnostics retenus par l'agent de santé.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Maladie fébrile	11	29,7
Diarrhée	13	35,1
Toux/Rhume	5	13,6
Pneumonie	1	2,7
Déshydratation	6	16,2
Malnutrition	1	2,7
Total	37	100

La diarrhée, la maladie fébrile étaient les diagnostics les plus fréquemment retenus respectivement 35,1% et 29,7% chez les enfants.

Tableau X : Répartition selon la fréquence des prescriptions

Prescription	Oui	Non	Total
Quinine injectable	6 (16,2%)	31 (83,8%)	37
Choroquine sirop	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37
Aspirine/paracétamol	21 (56,8 % °)	16 (43,2%)	37
Antibiotique comprimé/sirop	18 (48,6%)	19 (51,4%)	37
Antidiarrhéique/antispasmodique	7 (18,9%)	30 (81,1%)	37
Métronidazole comprimé/sirop	7 (18,9%)	30 (81,1%)	37
autres	11 (29,7%)	26 (70,3%)	37

L'aspirine/paracétamol, et les antibiotiques étaient les médicaments les plus prescrits par l'agent de santé.

Tableau XI : Répartition selon le type d'antibiotique prescrit

Antibiotique	Effectif	Pourcentage
Amoxicilline	7	18,9
Cotrimoxazole	8	21,6
érythromycine	1	2,7
Céfadroxil	1	2,7

L'Amoxicilline, le cotrimoxazole étaient les antibiotiques les plus prescrits.

Tableau XII : Répartition en fonction de l'explication de l'ordonnance et de la compréhension de la mère

Explication	Oui	Non	Total
Comment donner le médicament/oral	15 (40,5%)	22 (59,5%)	37
Vérifier la compréhension de la mère	3 (8,1%)	34 (91,9%)	37

L'agent de santé avait expliqué l'ordonnance à 40,5% des mères. La compréhension avait été vérifiée chez seulement 8,1%.

2-Suivi des enfants sains : 69 enfants ont été inclus.

Tableau XIII : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	34	49,3
Féminin	35	50,7
Total	69	100

Les deux sexes étaient presque repartis à partie égale.

Tableau XIV : Répartition des enfants selon les tranches d'âge

Tanches d'âge (mois)	Effectif	Pourcentage
0-6 mois	51	73,9
7-10 mois	18	26,1
Total	69	100

La tranche d'âge la plus représentée se situait entre 0-6 mois (73,9%).

Tableau XV : Répartition des enfants selon leur poids de naissance

Poids de naissance (gramme)	Effectif	Pourcentage
<2500	1	1,4
2500-4000	4	5,7
Indéterminé	64	92,8
Total	69	100

La plupart des femmes ne connaissaient pas le poids de naissance de leur enfant (92,8%).

Tableau XVI : Répartition des enfants selon la parité des mères

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	13	18,8
Multipare	40	58
Grande multipare	16	23,2
Total	69	100

Les multipares étaient les plus représentées (58%).

Tableau XVII : Répartition des enfants selon le statut matrimonial des pères

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié monogame	49	66,7
Marié polygame	18	26,1
Célibataire	5	7,2
Total	69	100

Parmi les pères 66,7% étaient mariés monogames.

Tableau XVIII : Répartition des enfants selon la profession des pères

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	4	5,8
Cultivateur	8	11,6
Commerçant	14	20,3
Ouvrier	32	46,4
Elève- étudiant	3	4,3
Sans profession	4	5,8
Indéterminé	4	5,8
Total	69	100

Les ouvriers étaient les plus représentés (46,4%).

Tableau XXI : Répartition des enfants selon le niveau d'instruction des pères

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	28	40,6
Primaire	17	24,6
Secondaire	5	7,2
Supérieur	2	2,9
Coranique	17	24,6
Total	69	100

Parmi les pères 28/69 (40,6%) n'avaient aucun niveau d'instruction.

Tableau XX : Répartition des enfants selon l'âge mères

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
16-20	24	30,5
21-25	14	20,3
26-30	17	24,6
31-35	6	8,7
36 et plus	8	11,6
Indéterminé	3	4,3
Total	69	100

Parmi les mères 24/69 (30,5%) avaient un âge compris entre 16-20 ans.

Tableau XXI : Répartition des enfants selon la profession des mères

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	45	65,2
Fonctionnaire	1	1,5
Commerçante	12	17,4
Elève- étudiant	5	7,2
Autres	6	8,7
Total	69	100

Les ménagères étaient les plus représentées (65,2%)

Tableau XXII : Répartition des enfants selon le statut matrimonial mères

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	7	10,1
Mariée	61	88,5
Veuve	1	1,4
Total	69	100

Les mariées étaient les plus représentées (88,5%).

Tableau XXIII : Répartition des enfants selon le niveau d'instruction des mères

Niveau d'instruction	effectif	Pourcentage
Aucun	45	65,2
Primaire	9	13,1
Secondaire	6	8,7
Coranique	9	13
total	69	100

Parmi les mères 45/69 (65,2%) n'avaient aucune instruction.

Tableau XIV : Répartition des enfants selon les motifs de consultation

Motif de consultation	effectif	Pourcentage
Pesée	10	14,5
Pesée + vaccination	59	85,5
Total	67	100

Le couple pesée/vaccination était le principal motif de suivi des enfants.

Tableau XV : Répartition des enfants selon le statut vaccinal

Statut vaccinal	Effectif	Pourcentage
Vaccination complete	10	14,5
Vaccination en cours	59	85,5
Total	69	100

Parmi les enfants 59/69 (85,5%) étaient en cours de vaccination.

Tableau XXVI : Répartition selon la fréquence des maladies

Fréquence des maladies	Effectif	Pourcentage
Diarrhée	20	29
Dermatose	4	5,8
IRA	9	13
Autres	19	26,9
Aucun	17	24,9
Total	69	100

La diarrhée était la maladie la plus représentée (29%).

Tableau XXVII : Répartition des enfants selon leur mode d'alimentation

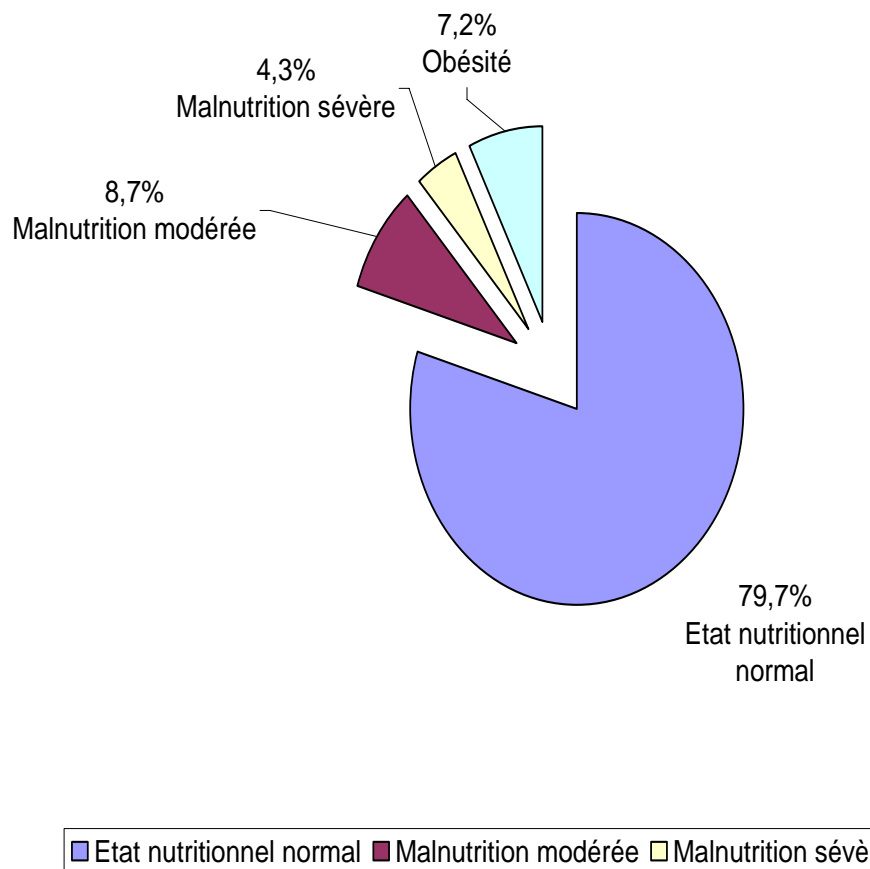
Mode d'alimentation	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel exclusif	9	13
Allaitement maternel prédominant	43	62,4
Allaitement mixte	17	24,6
Allaitement artificiel	0	0
Arrêt de l'allaitement maternel	0	0
Total	69	100

Les enfants 43/69 (62,4%) étaient à l'allaitement maternel prédominant.

Tableau XXVIII : Répartition des enfants selon la supplémentation en vitamine A

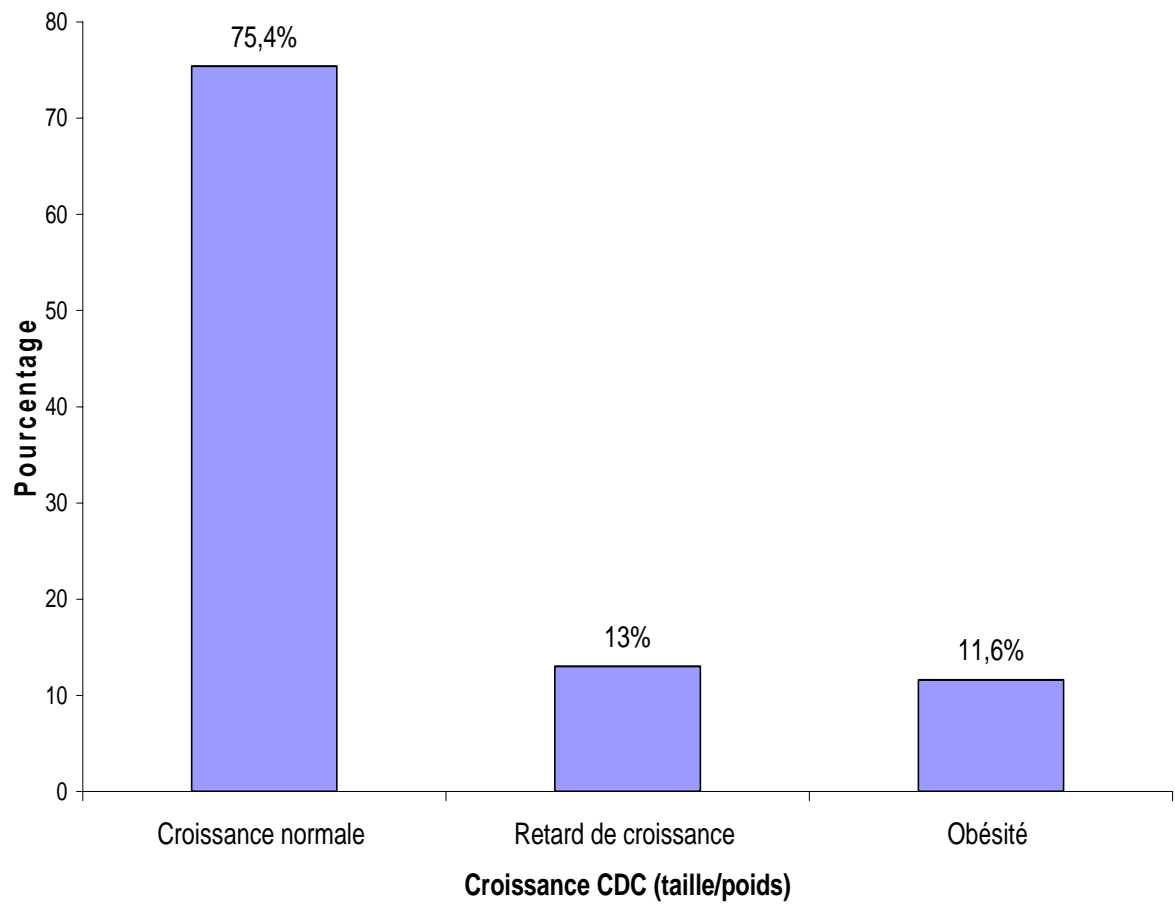
Supplémentation en vitamine A	Effectif	Pourcentage
Oui	10	50
Non	10	50
Total	20	100

Parmi les enfants qui avaient l'âge d'être supplémentés en vitamine A 50% avaient reçu la vitamine A



parmi les enfants 13% avaient une malnutrition en terme de déficit dont 4,3% de la forme sévère.

Graphique 2 : Répartition des enfants classés selon l'indicateur poids/âge



Le retard de croissance constituait 13%.

Graphique 3 : Répartition des enfants selon la courbe de croissance CDC (taille/poids)

Tableau XXIX : Répartition selon la référence des enfants malnutris

Enfants référés	Effectif	Pourcentage
Oui	1	7,69
Non	12	92,31
Total	13	100

Parmi les enfants malnutris 92,31% n'ont pas été référés.

Tableau XXX : Répartition selon la participation des mères à l'IEC sur le conseil nutritionnel

Participation des mères à l'IEC	Effectif	Pourcentage
Oui	65	94,2
Non	4	5,8
Total	69	100

Presque toutes les mères ont participé à l'IEC 94,2%.

Tableau XXXI : Répartition des enfants selon la diversification alimentaire

Diversification alimentaire	Effectif	Pourcentage
Oui	18	100
Non	0	0
Total	18	100

Tous les enfants en âge de diversification avaient commencé à 100% la diversification.

Tableau XXXII : Répartition des enfants selon la supplémentation en fer

Supplémentation en fer	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0
Non	69	100
Total	69	100

Aucun enfant n'a été supplémente en fer.

Tableau XXXIII : Répartition des enfants selon la réception du déparasitant.

Déparasité	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0
Non	69	100
Total	69	100

Aucun enfant n'a été déparasité.

Tableau XXXIV : Répartition des enfants selon la présence d'eau potable

Eau potable	Effectif	Pourcentage
Oui	65	94,2
Non	4	5,8
total	69	100

Parmi la population d'étude 94,2% avaient accès à l'eau potable.

Tableau XXXV : Répartition des enfants selon l'utilisation des moustiquaires imprégnés

Utilisation de la moustiquaire imprégnée	Effectif	Pourcentage
oui	26	37,7
non	43	62,3
total	69	100

Parmi les enfants 43/69 (62,3%) ne dormaient pas sous moustiquaire imprégnée.

Tableau XXXVI : Répartition des enfants selon l'existence de latrines dans la famille

Latrines	Effectif	Pourcentage
Oui	68	98,6
Non	1	1,4
total	69	100

Presque toute la population de notre étude 68/69 (98,6%) utilisait les latrines.

6- Interview des mères à la sortie de la consultation curative
35 mères ont été incluses.

Tableau XXXVII : Répartition des enfants selon l'âge

Tranches d'âge (mois)	Effectif	Pourcentage
0-6mois	4	11,4
7-11 mois	7	20
12-24 mois	10	28,6
Plus de 24 mois	14	40
Total	35	100

Les enfants qui avaient plus de 24 mois étaient plus représentés.

Tableau XXXVIII : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	20	57,1
Féminin	15	42,9
Total	35	100

Le sexe masculin était le plus représenté (57,1%).

Tableau XXXIX : Répartition selon la localité des mères

Localité des mères	Effectif	Pourcentage
Sénoù	26	74,3
Banakoro	6	17,1
Sibiribougou	3	8,6
Total	35	100

Sénoù était la principale provenance des 74,3%.

Tableau XXXX : Répartition selon les moyens de transport utilisés par les mères

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage
Pied	27	77
Sotrama	7	20
voiture privée	1	2,9
Total	35	100

Parmi les femmes 77% étaient à pied.

Tableau XXXXI : Répartition selon le temps mis par les mères pour venir au centre

Temps mis	Effectif	Pourcentage
Moins d'une heure	34	97,1
1-2 heures	1	2,9
Total	35	100

Presque toutes les mères 97,1% avaient fait moins d'une heure pour arriver au centre.

Tableau XXXXII : Répartition en fonction des problèmes rencontrés par les mères pour venir au centre

Problèmes	Effectif	Pourcentage
Aucun	33	94,2
Chemin long trop de temps sur la route	1	2,9
Trop de vent sur le chemin	1	2,9
Total	35	100

Parmi les mères (94,3%) n'avaient rencontré aucun problème.

Tableau XXXXIII : Répartition selon les recours utilisés par les mères avant le centre

Recours	Effectif	Pourcentage
Aucun	33	94,3
Guérisseur traditionnel	2	5,7
Total	35	100

Parmi les mères 33/2 (94,3%) n'avaient pas eu d'autres recours au paravant.

Tableau XXXIV : Répartition en fonction du début de la maladie

Nombre de jour	Effectif	Pourcentage
Même jour	1	2,9
3 jours	19	54,2
7 jours	7	20
14 jours	3	8,6
Non déterminé	5	14,3
Total	35	100

Les enfants avaient été consultés dans un délai de 3 jours dans (57,1%) des cas.

Tableau XXXV: Répartition en fonction de la fréquence des plaintes des mères

Plaintes	Oui	Non	Total
Diarrhée	14 (40%)	21 (60%)	35
Fièvre	20 (57,1%)	15 (42,9%)	35
Toux ou difficulté respiratoire	8 22,9%	27 (77,1%)	35
Autres	3 (8,6%)	32 (91,4%)	35

La fièvre, la diarrhée étaient les plaintes les plus évoquées par les mères respectivement 57,1% et 40%.

Tableau XXXXVI : Répartition des mères selon leurs connaissances et pratiques en matière de prise en charge à domicile de la diarrhée

Connaissances - pratiques	Oui	Non	Total
Avez-vous fait quelque chose	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35
Connaissance SRO	7 (20%)	28 (80%)	35
Préparation correcte SRO	7 (20%)	28 (80%)	35
Pourquoi donne t –on SRO	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35

Parmi les mères 7/35 (20%) savaient correctement préparer le SRO.

Tableau XXXXVII : Répartition des mères selon leurs connaissances et pratiques en matière de prise en charge à domicile de la fièvre

Connaissances - pratiques	Oui	Non	Total
Avez-vous fait quelque chose	14 (40%)	21 (80%)	35
Donner aspirine/paracétamol	11 (31,4%)	24 (68,6%)	35
Donner choroquine/autre antipaludique	2 (5,7%)	33 (94,3%)	35
Médicaments traditionnels	13 (37,1%)	22 (62,9%)	35
Association médicaments traditionnel et moderne	8 (22,9%)	27 (77,1%)	35
Autres	0	35 (100%)	35

Les mères avaient donné, les médicaments traditionnels, l'aspirine/paracétamol dans respectivement (37,1%) et (31,4%), et l'association dans (22,9%).

Tableau XXXXVIII : Répartition des mères selon leurs connaissances et pratiques en matière de la prise en charge à domicile de la toux/difficultés respiratoires

Connaissances – pratiques	Oui	Non	Total
Avez-vous fait quelque Chose	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35
Donner aspirine/paracétamol	1 (2,9%)	34 (97,1%)	35
Donner médicaments traditionnels	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35
Donner sirop contre la toux	4 (11,4%)	31 (88,6%)	35
Association médicaments traditionnel et moderne	4 (11,4%)	31 (88,6%)	35
Autres	0	35 (100%)	35

Les mères avaient donné les médicaments traditionnels, le sirop contre la toux dans respectivement (14,3%) et (11,4%) seulement, et l'association dans (11,4%).

Tableau XXXXIX : Répartition des mères selon la connaissance de la posologie des médicaments prescrits par l'agent de santé

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Savait	12	34,3
Ne savait pas	23	65,7
Total	35	100

Plus de la moitié des mères 23/35 (65,7%) ne connaissaient pas la posologie des médicaments prescrits par l'agent de santé.

Tableau XXXXX : Répartition des mères selon qu'elles connaissent au moins un signe général et un signe spécifique de la prise en charge à domicile de l'enfant

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Savait	22	62,9
Ne savait	13	37,1
Total	35	100

Parmi les mères 22/35 (62,9%) connaissaient un signe général et spécifique de la prise en charge à domicile.

Tableau XXXXXI : Répartition des mères selon qu'elles connaissent au moins deux signes de gravité de la maladie à la maison

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Savait	19	54,3
Ne savait pas	16	45,7
Total	35	100

Plus de la moitié des mères connaissaient au moins deux signes de gravité de la maladie.

Tableau XXXXII : Répartition des mères selon leurs sources d'information concernant la vaccination des enfants

Sources d'information	Oui	Non	Total
Médecin/infirmier/ Sage femme	7 (20%)	28 (80%)	35
Agent de santé communautaire	30 (85,7%)	5 (14,3%)	35
Radio	21 (60%)	14 (40%)	35
Télévision	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35
Voisin/ami	0	35 (100%)	35
Education-information- communication	0	35 (100%)	35

Agent de santé communautaire, médecin/infirmier/sage femme, la radio, étaient les principales sources d'information.

Tableau XXXXIII : Répartition des mères selon la fréquence d'écoute de la radio

Fréquence d'écoute	Effectif	Pourcentage
Tous les jours	20	57,1
Moins d'une fois par semaine	8	22,9
N'écoute jamais	7	20
Total	35	100

Les mères écoutaient la radio et la télévision dans 57,1%.

Tableau XXXXIV : Répartition des mères selon le moment d'écoute de la radio et la télévision

Moment d'écoute	Oui	Non	Total
Matin	22 (62,9%)	13 (37,1%)	35
Midi	4 (11,4%)	31 (88,6%)	35
Après midi	13 (37,1%)	22 (62,9%)	35
Soir	21 (60%)	14 (40%)	35

Le matin et le soir étaient les moments d'écoute par les mères (62,9%) et (60%).

Tableau XXXXV : Répartition des mères selon le lieu habituel de vaccination de leurs enfants

Lieu de vaccination	Effectif	Pourcentage
Dans le centre	32	91,4
Autres centres	3	8,6
Total	35	100

Presque tous les enfants étaient vaccinés dans le centre.

Tableau XXXXXVI : Répartition des mères selon leurs connaissances des maladies de la vaccination des enfants

Maladies	Oui	Non	Total
Ne sait pas	6 (17,1%)	29 (82,9%)	35
Rougeole	28 (80%)	7 (20%)	35
Diphtérie	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35
Tuberculose	8 (22,9%)	27 (77,1%)	35
Tétanos	25 (71,4%)	10 (28,6%)	35
Poliomyélite	27 (77,1%)	8 (22,9%)	35
Coqueluche	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35
Fièvre jaune	6 (17,1%)	29 (82,9%)	35
Méningite	8 (22,9%)	27 (77,1%)	35
Autres	0	35 (100%)	35

La rougeole, la poliomyélite, le tétanos étaient les maladies les plus soulignées par les mères.

Tableau XXXXXVII : Répartition des mères selon que le personnel de santé les a parlé d'éventuel effets secondaires de la vaccination

Information	Effectif	Pourcentage
Reçu	10	28,6
Non reçu	25	71,4
Total	35	100

Les effets secondaires de la vaccination n'étaient pas dit à 71,4% des mères par l'agent de santé.

Tableau XXXXXVIII : Répartition des mères selon les raisons d'occasion manquée de vaccination dans 6 mois avant l'étude

Raison	Oui	Non	Total
Séance de vaccination supprimée	6 (17,1%)	29 (82,9%)	35
Séance de vaccination terminée	6 (17,1%)	29 (82,9%)	35
Rupture de stock de vaccination ou d'équipement de vaccination	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35

La séance de vaccination supprimée, séance de vaccination terminée étaient les plus évoquées par les mères lors des occasions manquées de vaccination.

Tableau XXXXXIX : Répartition des mères selon la possession de la carte de vaccination

Carte de vaccination de l'enfant	Effectif	Pourcentage
Présente	5	14,3
Absente	30	85,7
Total	35	100

Les mères n'avaient pas apporté la carte de vaccination de leurs enfants lors de la consultation dans 85,7% .

- **Vérification du statut vaccinal des enfants** : tous les enfants dont les cartes de vaccination étaient présentes, avaient leur calendrier vaccinal à jour et correctement vaccinés.

Tableau XXXXXX : Répartition des mères selon la possession de leur carte de vaccination

Carte de vaccination des mères	Effectif	Pourcentage
Présente	0	0
Absente	35	100
Total	35	100

Aucune mère n'était en possession de sa carte de vaccination.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les limites de la méthodologie

La méthodologie de cette étude est inspirée de celle effectuée par BASICS en Erythrée et au Niger en 1995 [38].

Il s'agit d'une méthodologie d'enquête rapide et simple, utilisable à tous les niveaux pour évaluer les besoins de formation/supervision et équipements spécifiques des agents et des centres de santé.

La représentativité et la validité statistique ne constituent pas dans ce cadre une priorité.

L'utilisation immédiate des résultats pour l'amélioration de la gestion et la qualité en serait plutôt son point fort.

2- Qualité de la prise en charge des cas

2-1- L'accueil

Les données font ressortir que 100% des agents saluaient la mère et l'invitaient à s'asseoir. Nos résultats sont comparables à ceux de Konaté F I [24] et Touré S M [71]. Ce qui est positif sur le plan sociologique pour établir des bons contacts avec les patients.

2-2- Signes de danger recherchés par l'agent de santé

Chez 59,5% des enfants, au moins un signe d'alarme a été recherché par l'agent de santé.

La convulsion et la présence de sang dans les selles n'ont été recherchées que chez 5,4% chacune.

Certains signes n'ont jamais été recherchés comme le changement de l'état de conscience.

Un accent doit être mis sur la recherche de ces signes d'alarme qui ont une relation directe avec la prise en charge des cas sévères.

2-3- Evaluation de l'état nutritionnel

Le poids a été recherché chez 78,4%, mais le degré de malnutrition n'a jamais été recherché dans aucun des cas par le rapport poids/âge malgré la connaissance du poids de l'enfant. et l'œdème pré-tibial n'ont été recherchés que dans 5,4% des cas. Ceci n'est pas dû à l'absence de matériel, ni par manque de formation ou par ignorance de l'importance de la malnutrition dans la fragilisation des enfants ce qui est identique à l'étude faite par S M Touré [71].

Dans une étude semblable effectuée par BASICS dans les cercles de Kadiolo, Koutiala et Koulikoro [60] l'état nutritionnel n'a été évalué que chez 18 enfants malades sur 265 soit 6,8%. Konaté F I [24] dans son étude a trouvé que l'état nutritionnel a été vérifié chez 38% des enfants.

Et selon EDSM III, 4 enfants sur 10 (38%) souffrent de malnutrition chronique dont la moitié de malnutrition chronique sévère.

Un peu moins de 11% souffrent d'émaciation. Ces proportions sont extrêmement élevées et inquiétantes, vu la fréquence élevée de malnutrition dans notre pays.

Donc l'examen de tout enfant venu en consultation devrait comprendre une appréciation rapide de son état nutritionnel et en vu de prendre les dispositions nécessaires qui s'imposent.

2-4- Etat vaccinal

Le statut vaccinal des enfants est très peu vérifié, puisque le support vaccinal est peu demandé et la vaccination n'est vérifiée que dans 14,3%. Ce taux est comparable à celui trouvé par Touré S M [71] dans son étude.

L'agent de santé ne s'intéresse qu'au motif de consultation de l'enfant malade. Les autres états (vaccinal et nutritionnel) ne sont pas vérifiés.

Le statut vaccinal des mères n'a jamais été vérifié

Au Mali, selon EDSM III moins d'un tiers des enfants de 12-23 mois (29%) ont reçu toutes les vaccinations du PEV et 22% n'ont reçu aucune vaccination du PEV avant l'âge de 12 mois.

Jamison D T et Mosby W H [21] aux Etats Unis estiment que 2,8 millions d'enfants meurent chaque année faute d'avoir été vaccinés et 3 millions restent handicapés à vie à la suite de complications cérébrales, motrices auditives ou ophtalmiques qui auraient pu être prévenues.

L'OMS recommande de saisir toutes les occasions pour vérifier et corriger si nécessaire le statut vaccinal de l'enfant et de la mère.

2-5- Prise en charge des cas d'IRA

L'évaluation correcte des IRA est très faible dans nos structures périphériques, alors que les IRA et en particulier la pneumonie constituent l'une des principales causes de décès d'enfants dans les pays en développement.

L'EDSM III trouve que 10% des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de toux, accompagnée de respiration courte, rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Dans notre étude sur les 9 cas d'IRA retrouvés, aucun n'a été évalué correctement. Le plus souvent la durée de la toux est précisée, mais les deux signes permettant la classification des IRA que sont la fréquence respiratoire et le tirage sous costal ne sont pas recherchés même si 75,7% des malades ont bénéficiés d' une auscultation. Sur les 13 cas recrutés aucun enfant n'a été correctement traité.

2-6- Prise en charge des cas de diarrhée

Les maladies diarrhéiques constituent un véritable problème de santé publique dans les pays en développement. La déshydratation est la conséquence la plus meurtrière. L'évaluation correcte des cas de diarrhée dans notre étude est un peu faible, puisque le nombre de selles par 24 heures, la présence de sang dans les selles ont été recherchés dans respectivement 5/37 (13,5%) et 2/37 (5,4%).

La déshydratation qui tue le plus en cas de diarrhée n'a été évaluée correctement dans aucun des cas retrouvés. En ce qui concerne le traitement, le SRO a été prescrit seulement dans les cas sévères.

2-7- Prise en charge des cas de fièvre

La fièvre est un symptôme courant et elle est souvent la raison principale qui pousse les mères à amener leurs enfants au centre de santé. La fièvre a été évaluée dans 91,9% par le thermomètre. La durée de la fièvre est le plus souvent recherchée.

Les convulsions ont été recherchées dans seulement 16,2%et les autres problèmes n'ont pas été recherchés.

Tous les enfants traités pour maladie fébrile ont eu soit du chloroquine ou quini-max ou paracétamol/aspirine.

2-8- IEC

La communication interpersonnelle est le moment le plus important lors d'une consultation. L'agent de santé devrait profiter de ce moment pour s'entretenir avec la mère concernant la prise en charge adéquate des enfants comme recommandée par l'OMS et la politique Nationale.

Dans notre étude seule l'administration correcte des médicaments est souvent prodiguée aux mères comme conseils. L'agent de santé ne cherche pas à établir un échange d'information sur la prise en charge de l'enfant malade.

Le passage de la mère au centre n'est pas suffisamment mis à profit pour favoriser un changement de comportement significatif. Cela ne

fait que confirmer un constat général d'insuffisance en matière de communication entre les agents de santé et les utilisateurs de services [76].

En ce qui concerne la vaccination 20% des mères sont informées par les agents de santé (médecin, infirmier, sage femme), parmi ce personnel les agents de santé communautaire représentent 85,7%. La télévision représente 14,3%. Ce résultat est dû à l'absence d'électricité dans le quartier de Senou.

2-9- Attitudes des mères

Les connaissances des mères en matière de prise en charge à domicile sont considérées comme efficaces.

Sur 94,6% cas de plaintes de fièvre 82,9% faisaient une prise en charge à domicile et 31,4% avaient donné de l'aspirine ou paracétamol, 5,7% avaient donné la chloroquine ou autres antipaludéens.

Les connaissances des mères en matière d'alimentation sont jugées peu efficaces puisque 62,4% pratiquaient un allaitement maternel prédominant. Cela démontre qu'on doit mettre l'accent au cours des séances d'IEC sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois

3- Surveillance préventive des enfants

Les données font ressortir que (98,6%) des enfants venus en SPE avaient un âge inférieur ou égal à 9 mois. Cela dénote que les mères n'amènent les enfants que pendant la période du PEV. Tous les enfants de notre étude ont reçu au moins un vaccin.

Parmi les enfants (13%) étaient malnutris et un seul a été référé au service de pédiatrie. ce taux s'explique par le fait que la plus part des mères n'amenaient pas leurs enfants au centre et préféraient l'automédication avec les médicaments traditionnels. Pour ce qui viennent au centre les agents de santé doivent mettre l'accent sur la vérification de l'état nutritionnel des enfants en dehors de la tracé de la courbe de croissance (âge/poids).

4-Supervision et retro-information :

Le centre est supervisé trimestriellement. Au cours de cette supervision, les superviseurs évoquent les points faibles ; les points forts et ceux qui sont à améliorer. Dans ce centre la supervision est effective et correcte.

La retro-information est faite sur place après la supervision et concerne surtout les cas d'évacuation.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

L'approche de la prise en charge des maladies de l'enfant est une approche qui non seulement vise à résoudre le problème de prise en charge de manière intégrée comme il se passe lorsque l'agent de santé se trouve en face du malade, mais aussi à minimiser le coût par standardisation du traitement.

Cette étude avait pour but d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants malades, et l'état nutritionnel des enfants.

En effet il est ressorti que l'agent de santé évaluait les maladies dans des proportions très faibles : 2,7% pour l'état nutritionnel et 5,4% pour les recherches de sang dans les selles

Les connaissances des mères sont jugées peu efficaces en matière de prise en charge à domicile. Elles consultent tardivement et en général lorsque l'enfant présente deux motifs.

Au total la prise en charge des enfants malades par les agents dans le centre et les mères à domicile est insuffisante.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude il apparaît que la prise en charge telle qu'elle se déroule est peu efficace. Aussi il convient de proposer quelques recommandations.

Aux autorités

- Etendre la formation de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) à tout le personnel de santé pour qu'il soit plus compétent dans la prise en charge des enfants malades.
- Faire un suivi régulier des agents formés ;
- Lors des supervisions, mettre l'accent sur l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des enfants par l'agent
- Mettre à la disposition des agents la fiche opérationnelle de l'alimentation des enfants de 0 à 24 mois et plus.

Au personnel médical

- Mettre l'accent sur l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants ;
- Améliorer la communication interpersonnelle lors de la consultation ;

- Intensifier la communication pour le changement de comportement (CCC) individuelle et collective auprès des mères concernant l'alimentation et la prise en charge à domicile des enfants.

A la population

- Amener les enfants en consultation dès les premiers symptômes de la maladie ;
- Amener les enfants pour le suivi des enfants sains ;
- Eviter l'automédication avec les médicaments traditionnels.

VIII – BIBLIOGRAPHIE

1- Akory Ag Iknan

Analyse de l'environnement Politique de la Nutrition au Mali
Projet Policy/USAID, Octobre 2002.

2- Baron H.

L'alimentation du jeune enfant en zone de savane, CESAO.
Collection << Appui au monde rural >>,série << santé >> Bobo-Dioulasso, 1985, 1.

3- Bailey K Y.

Manuel de nutrition en santé publique.
OMS, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, 1979.

4- Barenne H, Bano SMT.

Malnutrition des enfants (0 – 5 ans) consultants dans les centres de santé de Niamey (Niger) et condition socio-économique des familles.
Ann Pediatr,1997.

5- Beaufrère B, Bresson J L, Briend A et al.

Besoin en protéines et en énergie de l'enfant atteint de malnutrition sévère. Application au traitement en milieu hospitalier de la malnutrition par carence d'apport.
Arch Pediatr 1998 ; 8 : 763 –771.

6- Conférence internationale sur la nutrition.

Déclaration mondiale sur la nutrition et plan d'action, FAO, Décembre 1992.

7- Conférence sur l'élimination durable des troubles liés à la carence en iode en Afrique d'ici l'an 2000. Harare 22 –24 avril 1996.

OMS/UNICEF-ICCIDD.MI

8- Contrainte à la pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 4 mois dans le district de Bamako.

- Mémoire de DEA : Dr KAGNASSI Dado SY

9 - Diarra A épouse Malé

Efficacité comparée de la sulfadoxine péryméthamine et de la chloroquine dans la prévention antipaludique au cours de la grossesse à Bancoumana.

Thèse Med, Bamako, 2003, N°26.

10 - Dos Santos.

Manuel de nutrition africaine. Eléments de passe appliqué.

M. Dam-Paris, Karthala, 1987

11-Doumbia M.N.

PCIME dans le service de consultation externe de pédiatrie .Hôpital Gabriel Touré .Thèse Med, Bamako,2001, N°119.

12- Dumoulin J, Kaddar M.

Le paiement des soins par les usagers dans le pays Afrique Subsaharienne : Rationalité, sciences sociale et santé 1993 ; XI, 2

13- Deville de Goyet C, Scaman J, Geïjer U.

L'aide nutritionnelle aux populations dans les situations d'urgence.

OMS

14- EDSM-III ;2001.

15-Etat nutritionnel de la population du Sahel.

Rapport d'un groupe de travail, Paris, France 28- 29 avril 1980.
Ottawa, ONT-CRD/1981.

16-Fomen S.J.

Enfant nutrition.
Edit Philadelphie, 1974.

17-Goita A.

Etude de la prévalence, connaissance, attitude et pratique de l'allaitement au sein à Bamako
Thèse Med, Bamako, 1980, N°3.

18-Guindo A dit Boucary.

Approche épidémiologique de l'avitaminose A dans le cercle de Bandiagara, Mali thèse Med, 1988, N °73.

19-Gold Denm H. N, Jackson A.A.

Malnutrition protéino-énergétique.
Encyl Med chirurg, Paris, Nutrition, 103779, GLA4.

20-Hotgansery

Allaitement et nutrition de la mère en colloque allaitement maternel
CIE, Abidjan, 1992, p82.

21-Jamison D.T, Mosey W.H.

Disease control prioitis in develloping countries.
Oxford University press for the World Bank ;
Oxford and New-York 1991.

22-Koné B F.

Contribution à l'étude de la malnutrition protéino-calorique en milieu rural. Thèse Med, Bamako, 1998, N°

23-Keita B.

Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu rural du Mali
Thèse Med, Bamako, N°20

24-Kane A.Diallo.

Facteurs socioculturels de la malnutrition de l' enfant (0- 5 ans) en milieu rural Dogon du Mali.

Mémoire, CNDC, Bamako, 1979.

25-Konaté F I.

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

Thèse Med, Bamako, 2005, N°47.

26-Kinda Samba N'Dure, Maty N'Diaye Sy, Micheline Ntiru, Seringue M'baye Sienne.

Pour un programme de nutrition communautaire durable : pratiques prometteuses et leçons tirées de l'expérience.

27-Lefèvre D.

Analyse de la situation nutritionnelle au Mali et perspective.

Tome II, Bamako, CEE, Mai 1906

28-La malnutrition dans les pays en développement.

[www. Google.fr/malnutrition](http://www.Google.fr/malnutrition)

29-Lopez A.D.

"Causes of death" an assessment of global regional partners of mortality around and 1985.

Word heakth Statistics Quality, Genève, 1990.

30-Labbok M ,Cooney,Colishirley.

Allaitement maternel, planification familiale et méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Institut for reproductive Health 1994.

31-Masson J.B, Hbieht JP, Tabatabaï H , Valverde V.

La surveillance nutritionnelle.

OMS, Genève.

32-Médecins Sans Frontière (MSF)

Sevrage et phénomène pouvant influencer l'état nutritionnel des enfants de 6 à 24 mois.

Bamako, juillet 1988.

33-Manuel sur la PCIME

OMS, UNICEF, avril 2001.

34- Mesure des modifications de l'état nutritionnel.

Guide pour la mesure de l'impact nutritionnel des programmes d'alimentation complémentaire visant les groupes vulnérables.

Ann OMS 1983, 29,1.

34-Malnutrition infantile.

Aide mémoire N°119, OMS, Novembre 1996.

[www.who.int/inf.fs.fr/am/gh/ml](http://www.who.int/inf/fs/fr/am/gh/ml)

36-Mercenier P.

Problème de santé dans les pays en voies de développement.

UCB, ESP, Bruxelles 1991-1993 ; 133p.

37-Module de formation sur les actions essentielles de nutrition

Direction nationale de la santé, Division nutrition Août 2004.

38-Murray John et al.

Erythrea health facility assessment.

BASICS, Trip report, Mai 1995.

39-Niangaly A, Ag Bendec M.

Etat nutritionnel des enfants de 6 mois à 5 ans dans le Gourma central malien. INRSMT (Rev Malienne de science et de technologie)

Bamako ; 1999 ; 2 ; 44- 47

40-Nafo F.

Etude santé des enfants de moins de 10 ans dans le cercle de kolokani à propos d'une étude prospective et longitudinale,
Thèse Med, Bamako, N°14.

41-Ngaudu Kobeyabilanlada, Kazadi Lukusa A.

Contribution à l'étude de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans à Kinshasa. Abstract IMCI opération reserch regional.
Conference, 3-6 octobre 2000, Lusaka, WHO-AFRO-IMCI.

42-Normes et procédures en nutrition, 1^{er} Draft, Ministère de la santé du Mali.

OMS : Division Nutrition, juillet 2003.

43-Nutrition des jeunes et des mères, Mali 2001.

Nutrition en Afrique ; graphique commenté.

44-OMS

Alimentation infantile base physiologique
Bull OMS, 1989.

45-OMS

La prise en charge de la malnutrition sévère.
Manuel à l'usage de médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement.

46-OMS

La santé, un atout précieux. La malnutrition, mortalité, morbidité.
www.who.int/inf.fs.fr.

47- OMS-UNICEF-ICCIDD.

Les carences en micro nutriments : atelier OMS interpage pour les coordinations de programmes nationaux.
Abidjan 12-13 juin 1999 ; OMS-UNICEF-ICCIDD.

48- OMS/UNICEF

Le sevrage : de l'allaitement maternel à l'alimentation familiale.
OMS, Genève, 1989.

49- ORANA/PRITECH

Vitamine A: malnutrition protéino-énergétique, carence en vitamine A, xérophtalmie, état nutritionnel, enfants, évaluation maladie respiratoire, diarrhée. Dakar, juillet 1992.

50- Oligo-éléments mineurs et éléments entrasse dans le lait maternel.

Rapport d'une étude collective.
OMS/AIEA-Genève, OMS, 1989.

51- OMS-UNICEF-Banque Mondiale.

Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde.
OMS/UNICEF/Banque Mondiale, Edit révisé 2003

52- Peggy-Koniz Boothen, Claudia Fishman, Parlato M, Robert A.

Les pratiques d'alimentation optimale pour le nourrisson.
Washington, 24-25 septembre 1990.

53- PCIME.Ministère de la santé du Mali.

DNS, OMS, UNICEF.

54- Programme mixte OMS/UNICEF de soutien pour la nutrition:

dossiers d'apprentissage nutrition.
OMS, Genève, 1990

55- Recherche et action : participation des populations rurales à l'évolution en matière de nutrition.

Mère et enfants, la nutrition maternelle et de l'enfant, 1991, 10 (2).

56- Rapport de synthèse : 7^{ème} congrès régional en nutrition humaine et science alimentaire :
thème << sécurité alimentaire et nutrition pour la santé et le développement >>.Cotonou (Bénin) 10 août 04 septembre 1998.

57- Renaudin P.

Evolution de l'état nutritionnel de l'enfant de moins de 5 ans à Moundou Tchad : relation avec mobilité et mortalité hospitalière.
Med Trop 1997 ; 57 : 49-54.

58- Rapport sur la santé dans le monde.

OMS,2003.

59- Roemer MI, Montoya, Aguitar C.

L' evaluation et d'assurance de la qualite des soins de santé primaire.
OMS, Genève, 1989, 75p.

60- Sidibé A.B, Cissé S, koné A.

Etude de la qualité de la prise en charge de l'enfant malade des cercles de Kadiolo, Koutiala Koulikoro MSSPA BASICS/USAID,Otobre 1996.

61- Sidibé L.

Lait maternel et lait artificiel :comparaison de leurs nutritions pour le bébé.

Mémoire ENSup, Bamako, 1987

62- suppléments en vitamine A :

Guide pour leur emploi dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie : OMS,Genève.

63- Stratégie régional africaine sur la nutrition

1993-2003,OUA ;Genève.

64- Sissoko M M L.

utilisation du poids à la naissance comme indicateur de santé au Mali.
Thèse Med, Bamako, 1993, M33.

65- Sizonenko P C, Griscelli Cl.

Précis de pédiatrie.
Edit Payot Lausanne, Doins, Paris.

66- Sy O.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 2003.

67- Sanogo D.

Devenir des enfants malnutris dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré .
Thèse Med, Bamako, 2003, N°61.

68- Traoré B, Traoré M, Cambel O.

Etudes des effets de l'allaitement sur la morbidité diarrhéique, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants au Mali.
CERPOD, WOLKING, Bamako, 1998.

69- Traoré B.

Alimentation du nourrisson et suivi de l'enfant
En pop Sahel, Bamako, 1990, N°17.

70- Tina G, Sanghvi Ph D.

Améliorer la santé de l'enfant à travers la nutrition.
USAID/BASICS 1995.

71- Touré S M

Evaluation de l'état nutritionnel et la qualité des soins dans le CSCOM de l'Hipodrome.
Thèse Med, Bamako, 2006, N°2

72- Traoré Ch O.

Etude de la qualité de la prise en charge de l'enfant malade dans les zones tests.

Thèse Med, Bamako, 1999, N°19.

73- Tangara A.

Evaluation de l'état nutritionnel dans le service de pédiatrie du Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako, 2000, N°7

74- UNICEF.

Enfants et femmes au Mali (une analyse de situation).Edit Harmattan, Paris, 1998.

75- Un examen des interventions en nutrition dans le programme USAID.

76- USAID/NCP.

Forum international pour l'Afrique francophone << alimentation du nourrisson et suivi de l'enfant >> comptes rendus de conférence USAID/NCP Togo,09-13 septembre 1991.

77- World Health Organisation : Publication nutrition, 10.

78- Wollast E.

Planification évaluation en santé publique.

ULB-ESP,1991-1992, 106.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE N°1

Fiche pour enfant

Date : _____/_____/_____

I- Identité de l'enfant :

Nom : _____ Prénom _____ Sexe _____

Age : Poids de naissance :

Taille..... Poids Fratric.....

Motif de consultation Diagnostique.....

Statut vaccinal

Vaccination : complète.....
Incomplète.....
En cours.....
Non vacciné.....

II- Identité des parents :

Père : Age Polygamie..... Monogamie.....

Profession Célibataire :.....

Niveau d'étude

O..... Primaire..... Secondaire.....

Supérieur..... Coranique..... Alphabétisation fonctionnelle

Mère : Age :..... Profession.....

Statut matrimonial :

Célibataire..... Divorcée.....

Mariée Veuve.....

Niveau d'étude :

O..... Primaire.....Secondaire.....

Supérieur..... Coranique..... Alphabétisation fonctionnelle.....

III- Mode de vie :

Etat nutritionnel :

Malnutrition modérée

Malnutrition sévère Référer.....

Conseils nutritionnels.....

Supplémenté en fer..... Vit A.....

Déparasité..... Taux d'hémoglobine.....

Mode d'alimentation :

- Allaitement maternel exclusif.....Oui..... Non.....
- Allaitement maternel prédominant.....Oui..... Non.....
- Allaitement mixte.....Oui..... Non.....
- Allaitement artificiel.....Oui..... Non.....
- Sevrage.....Oui..... Non.....

Si Oui à quel age Pourquoi ?.....

.....

Comment ?.....

- Diversification alimentaire OuiNon.....

Si oui comment ?.....

Avec quoi.....

- L'enfant dort il sous moustiquaire imprégné ?
- Y-a t-il des latrines dans la famille ?
- Y a t-il une source d'eau potable ?

IV- Fréquence des maladies chez l'enfant :

- diarrhée Dermatoses.....
- Infections respiratoires(IRA)..... Injections.....
- Autres..... Lesquelles.....

QUESTIONNAIRE N°2

Observation du personnel de santé a la consultation

Structure.....
Commune.....	Quartier.....
Date...../...../.....	
L'enquêteur.....	
Agent de santé : Nom.....	
Prénom.....	
Age.....	Sexe.....
Qualification.....	
Enfant :	
Age.....	Sexe.....

Notez l'heure du début de l'enquête maintenant : Heure..... Minute.....

L'agent de santé

- Salue-t-il la mère.....	Oui	Non
-L'invite t-il à s'asseoir	Oui	Non

1- Quels sont les motifs de consultation évoqués par la mère
(Cochez toutes les réponses)

_____ Fièvre	_____ Toux/difficulté respiratoire
_____ Diarrhée	_____ Autres(Spécifiez)_____

Est ce que les informations suivantes concernant l'enfant sont disponibles pour le personnel de santé, au moment de la consultation ?
(Déterminer par lui ou par quelqu'un d'autre avant la consultation et inscrites sur le dossier de l'enfant)

2- Carnet de santé/carte de vaccination/fiche opérationnelle	Oui	Non
3- Age en interrogeant la mère.....	Oui	Non
3- Poids.....	Oui	Non
Si oui, vérification de l'état nutritionnel à l'aide des indicateurs		
Poids/age.....	Oui	Non
5- Température : Par thermomètre	Oui	Non
en touchant l'enfant	Oui	Non
6- Fréquence respiratoire	Oui	Non

interrogatoire est ce que le personnel de santé pose des questions a propos :

7. De l'enfant mange ou boit normalement	Oui	Non
8. De l'allaitement	N/A	Oui Non
9. De l'allaitement quotidienne de l'enfant	Oui	Non
10. Des convulsions	Oui	Non
11. Des changements de l'état de conscience/enfant somnolent	Oui	Non
12. Des clarifications au sujet de la maladie	Oui	Non
13. Du début / la durée de la maladie	Oui	Non
14. De fièvre	Oui	Non
15. Des vomissements	Oui	Non
16. De la diarrhée	Oui	Non
17. Du nombre de selles des dernières 24 heures	Oui	Non
18. De la présence de sang dans les selles	Oui	Non
19. /20. De la toux/ Difficulté Respiratoires	Oui	Non
21. Des antécédents de rougeole	Oui	Non
22. Du traitement à domicile, avec :	Oui	Non
Tisane/médecine traditionnelle		
Médecine occidentale		

L'agent de santé recherche les signes de danger de la maladie	Oui	Non
--	------------	------------

Est ce que le personnel de santé :

Demande si la mère est en possession de la carte de vacc./f.op.	Oui	Non
23a. Vérifie le statut vaccinal de l'enfant ? si non passer à la question 23b (soit en demandant, soit en cherchant dans la carte/fiche op.)		
l'enfant est il éligible ?	Oui	Non
L'enfant est il référé ?	Oui	Non

Vérification de l'état vaccinal de la mère ? Si non passer à, la question 24

23b. Vérifie le statut vaccinal de la mère ? Si non passer à la question 24	Oui	Non
---	-----	-----

(soit en demandant, soit en cherchant sur la carte/f.op.)

la mère est elle éligible ?	Oui	Non
la mère est elle référée ?	Oui	Non

Vérification de l'état vaccinal de la mère correcte	Oui
Vérification du statut vaccinal de la mère/enfant correcte	Oui

24. si la mère n'est pas en possession de la carte de santé/f0o est ce que l'agent de santé

Critique la mère	Oui	Non
Demande à la mère de revenir avec le carnet/fiche	Oui	Non
Donne un rendez-vous	Oui	Non

Examen clinique

durant l'examen de l'enfant est ce que le personnel de santé examine :

24b. Etat Général	Oui	Non
24c. Soif	Oui	Non
25. conduits auditifs	Oui	Non
26. le thorax :- tirage sous costal	Oui	Non
- Auscultation	Oui	Non
27. le pli cutané(abdominal)	Oui	Non
- les larmes	Oui	Non
- les yeux	Oui	Non
- la sécheresse de la bouche	Oui	Non
28. La pâleur(conjonctivite)	Oui	Non
29. L'œdème pré-tibial/dos du pied	Oui	Non
30. Palpation abdominal	Oui	Non
31. La gorge	Oui	Non

Diagnostic et Traitement

L'AS fait-il un diagnostic ?

Si « Oui », le(s) quel(s) ? Si non, passez à la question 43

	Oui	Non
32. Diarrhée	Oui	Non
33. dysenterie/diarrhée sanglante	Oui	Non
34. déshydratation	Oui	Non
si oui, est elle _____ Modérée(plan B) _____ 2. Grave(plan C) _____ 3. Non précisée		
35. Toux/rhume	Oui	Non
36. pneumonie	Oui	Non
si oui, est elle grave Non précisé _____	Oui	Non
37. Paludisme	Oui	Non
Si oui s'agit -il d'un paludisme grave Non précisé _____	Oui	Non
38. Fiebre d'autre origine	Oui	Non
39. Rougeole	Oui	Non
40. Malnutrition	Oui	Non
si oui, est elle sévère ? Non précisé	Oui	Non
41. Autre	Oui	Non
Si oui, spécifiez : _____		

Qu'est ce que le personnel de santé administre ou prescrit à l'enfant ?

(Cochez toutes les réponses mentionnées)	traitement reçu	prescrit
43. Quinine injection	_____	_____
44. chloroquine comprimé/sirop	_____	_____
45. Aspirine/paracétamol	_____	_____
46. Baigner l'enfant/compresses tièdes	_____	_____
47. Antibiotique injection	_____	_____
Spécifier _____		
48. Antibiotique/comprimés/sirop	_____	_____
Spécifier _____		
49. vitamine A ou autres vitamines	_____	_____

50. SRO(keneyadji)	_____	_____
50b. perfusion(Ringer, S.Salé Isotonique)	_____	_____
50c. Sérum Glucosé Isotonique	_____	_____
51. antidiarrhéique/antispasmodique	_____	_____
(Ganidan, Interix, Actapulgate, Charbon, Imodium)		
52. Metronidazole comprimés/sirop	_____	_____
52b. conseil de régime	_____	_____
- propose un repas enrichi	_____	_____
- propose de fractionner les repas	_____	_____
52c. Autre(Spécifier_____)	_____	_____
53. Pas de traitement	_____	_____

Cas de diarrhée traité avec SRO sans antibiotique ? N/A	Oui	Non
Cas de dysenterie traité avec antibiotique approprié ?? N/A	Oui	
Non		
(sont appropriés : Ampicilline, Co-trimoxale)		
cas de paludisme traite avec un médicament approprié ? N/A	Oui	Non
(sont appropriés : quinine, chloroquine)		
cas de toux/rhume traite sans antibiotique	N/A	Oui
cas de pneumonie traité avec un médicament approprié ? N/A	Oui	Non
(sont appropriés : Penicilline G, Ampicilline inj., Co-trimoxale, Amoxilline)		
Est ce que le traitement est approprié pour le diagnostic fait ?	Oui	

Est ce que le personnel de santé :	Oui	Non
54. explique comment administre les médicaments oraux	Oui	Non
55. démontre comment administrer les médicaments oraux	Oui	Non
56. vérifier la compréhension de la mère	Oui	Non
56b. encourage un augmentation de liquides	Oui	Non
56c. encourage un augmentation de liquides	Oui	Non
57. explique à la mère quand revenir pour le suivi de l'enfant ?	Oui	Non
58. dit à la mère de ramener l'enfant pour les symptômes suivants	Oui	Non

l'enfant ne boit pas ou très peu		Oui	Non
l'enfant refuse de téter ou de manger	N/A	Oui	Non
l'état de l'enfant s'aggrave		Oui	Non
l'enfant a une fièvre élevée/ persistante		Oui	Non
l'enfant respire très rapidement ou difficilement		Oui	Non
l'enfant a du sang dans les selles		Oui	Non
l'enfant a des convulsions		Oui	Non

Au moins deux messages de la Q.58 coché OUI ?	Oui
--	------------

59. est ce que l'agent de santé pose une question ouverte pour vérifier si

la mère a bien compris quand revenir avec l'enfant ?	Oui	Non
--	-----	-----

**Si du SRO a été donné ou prescrit, est ce que le personnel de santé :
(si question 50 pas égale à 1,2 ou 3 passez à la question 63)**

60. explique comment préparer le SRO	Oui	Non
--------------------------------------	-----	-----

Est ce que le personnel de santé :	Oui	Non
---	-----	-----

63. pose des questions à la mère pour voir si elle a bien compris	Oui	Non
---	-----	-----

64. demande à la mère si elle a des questions	Oui	Non
---	-----	-----

65. critique la mère ou montre son mécontentement	Oui	Non
---	-----	-----

66. réfère la mère aux séances d'éducation pour la santé	Oui	Non
--	-----	-----

l'A.S. pratique une communication Inter Personnel efficace	Oui	Non
--	-----	-----

NOTER L'HEURE AU MOMENT OU LA MERE S'EN VA

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW : heure _____ Min _____

durée l'interview : _____ Minutes

FIN DE L'OBSERVATION DU PERSONNEL DE SANTE

a la fin de la consultation de l'enfant : si le personnel de santé :

- soit n'a pas dit verbalement le diagnostic qu'il faisait pour l'enfant
- soit n'a pas mentionné ce qu'il recherchait dans le dossier (par ex. statut vaccinal)

l'enquêteur doit le lui demander et compléter ce formulaire AVANT l'enfant suivant

QUESTIONNAIRE N°3

Interview de la mère à la sortie de la consultation :

Commune.....Quartier.....Date...../...../.....
L'enquêteur.....
Agent de santé : Nom.....
Agent de santé : type : () Med () IDE () SF () IPC
Enfant : Age en Mois
Sexe _____ Masculin _____ Féminin

Saluer la mère ou l'accompagnant et dites lui que vous voudriez lui poser quelques questions à propos de sa visite d'aujourd'hui dans l'établissement de santé

Indiquer l'heure du début de l'interview Heure _____ Mn _____

1- vous venez de quelle localité ? _____ (inscrire le Nom en lettres majuscules).

2- Quel moyen de transport avez vous utilisé pour venir ici aujourd'hui

_____ 1- Aspect _____ 2- Taxis _____ 3- Sotrama

_____ 4- Bus _____ 5- Voiture privée _____ Autres(Spécifiez)

3- Combien le transport vous a t-il coûté ? _____ Francs CFA

4a- combien de temps avez vous mis pour venir ici aujourd'hui ?

_____ < 1heure _____ 1-2 heures _____ >2heures _____ Ne sais pas

4b- avez vous eu des problèmes pour venir ici aujourd'hui ?

Si oui quel était le problème principal ? (cochez une seule réponse)

_____ Cela prend trop de temps pour venir ici

_____ A été obligée de trouver quelqu'un pour garder l'enfant à la maison

_____ A été obligée de manquer son travail

_____ Pas d'argent

_____ Les heures d'ouverture de l'institution de santé ne sont pas pratiques

_____ Autres (Spécifiez)

5- Avez vous conduit votre enfant se faire soigner ailleurs avant de venir dans cet établissement de santé ? Oui Non

Si oui, où l'avez vous amené ? (cochez toutes les réponses).

Aucun(e)

_____ Autre institutions de santé _____ Hôpital _____ clinique privée(cabinet)
_____ Guérisseur traditionnel _____ Pharmacopée/vendeur de médicaments
_____ Agents de santé communautaire _____ Autres(Spécifiez) _____

6- Depuis combien de jours votre enfant est il tombé malade ?

_____ Le même jour _____ Nombre de jour _____ Ne sait pas

7. EST CE QUE L'ENFANT A LA DIARRHEE ?

Si Non passez à la question 12

Si Oui :

8. avez vous fait quelque chose pour traiter la diarrhée à la maison ? Oui Non
si oui, qu'avez vous fait ? (cochez toutes les réponses)

_____ donné du SRO(Keneyadji)
_____ donné tisane/ médecine traditionnelle
_____ donné un autre traitement(spécifiez) _____ Oui Non

9. Avez vous déjà entendu parler du SRO aux enfants qui ont la diarrhée ?

Si non, passez à la question 12

Si oui : pourquoi donne t-on du SRO aux enfants qui ont la diarrhée ?
(cochez toutes les réponses)

_____ Pour prévenir la déshydratation(remplacer l'eau perdue/ l'enfant ne se fatigue pas)
_____ Pour arrêter la diarrhée
_____ Autre(Spécifiez) _____
_____ Ne sait pas

10. vous a t-on montré comment préparer le SRO Oui Non

si Non, passer à la question 12

11. Comment préparer-vous le SRO

_____ Correct (mélanger un litre d'eau avec un sachet de sels de réhydratation)
_____ Incorrect
_____ Ne sait pas

12. EST CE QUE L'ENFANT A LA FIEVRE Oui Non

Si non, passez à la question 14

Si Oui :

13. Avez-vous fait quelque chose pour traiter la fièvre à la maison Oui Non

Si Oui : qu'avez-vous fait, (Cochez toutes les réponses)

_____ Donné du l'aspirine/paracétamol
_____ Donné chloroquine/autre anti-paludéen

- Donné des antibiotiques/gélules achetées au marché
 Baigné l'enfant/enveloppé avec un linge mouillé
 Retiré les vêtements de l'enfant
 Donné une tisane/médecine traditionnelle
 Donné un autre traitement (Spécifiez) _____

14. EST-CE QUE L'ENFANT A :

LA TOUX ou DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ? Oui Non

Si Non, passez à la question 16

Si Oui :

15. Avez-vous fait quelque chose pour traiter l'enfant à la maison ? Oui Non

Si Oui : Qu'avez-vous fait ? (Cochez toutes les réponses)

- Donné du paracétamol/aspirine
 Donné des antibiotiques/gélules
 Donné un tisane/médecine traditionnelle
 Fait une friction
 Donné un sirop contre la toux
 Donné un autre traitement. Spécifiez _____

16. Est-ce que le personnel de santé vous a donné ou prescrit des médicaments aujourd'hui ? Oui Non

Si Non passez à la question 17

Si Oui, remplissez le tableau ci-dessous

Pour chacun des médicaments ORAUX que la mère mentionne, remplissez le tableau de la page suivante en posant les questions ci-dessous :

QUELLE QUANTITE de comprimés/gélules ou cuillerées allez-vous donner à l'enfant à chaque prise ?

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR allez vous donner cette prise à l'enfant ?

PENDANT COMBIEN DE JOURS allez vous donner ce traitement à l'enfant ?

Médicament	Qualités de Cpés/prises		Nombres de Foix/Jours		Nombres de jours	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Chloroquine cp/sirop						
Antibiotique cp/sirop	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Paracétamol cp/sirop	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Aspirine cp/sirop	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
ORS/Sol. Domestique	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

La mère ou l'accompagnant sait correctement(quantité de cpés, nombre de fois par jour, nombre de jours) pour tous les médicaments prescrits ? Oui Non

17. cochez ci- dessous la plainte de la mère (**reporter aux questions 7/12/14**) :

l'enfant à la : _____ Diarrhée _____ Fièvre /paludisme _____ IRA

Qu'allez vous faire pour l'enfant quand vous serez revenue à la maison ?(cochez toutes les réponses)

général	diarrhée	fièvre/paludisme	IRA
<input type="checkbox"/> continuer à alimenter, allaiter l'enfant	<input type="checkbox"/> donner SRO	<input type="checkbox"/> donner anti- paludéen	<input type="checkbox"/> donner AB
<input type="checkbox"/> terminer complètement le traitement	<input type="checkbox"/> donner plus de liquide	<input type="checkbox"/> donner paracétamol/ aspirine	<input type="checkbox"/> remèdes inoffensifs contre la toux
<input type="checkbox"/> Ramener l'enfant s'il s'améliore pas ou s'aggrave	<input type="checkbox"/> donner à boire après chaque selle/vomissement	<input type="checkbox"/> donner un bain tiède	

La mère /accompagnant connaît au moins 1 pratique générale et 1 pratique spécifique de la prise en charge à domicile ?

17b. Comment saurez-vous si l'état de l'enfant s'aggrave à la maison ?

(Cochez toutes les réponses)

<input type="checkbox"/> Fièvre apparaît ou ne disparaît pas	<input type="checkbox"/> Vomissements commencent ou continuent
<input type="checkbox"/> Enfant incapable de manger	<input type="checkbox"/> Enfant incapable de boire
<input type="checkbox"/> Diarrhée continue	
<input type="checkbox"/> Enfant fait des convulsions	
<input type="checkbox"/> Enfant à le thorax qui s'enfonce en respirant	
<input type="checkbox"/> Autre (Spécifiez)	

La mère connaît au moins 2 signes de gravité à la maison ? **Oui**
Non

18. Votre enfant a-t-il déjà reçu au moins une vaccination ? Oui Non

19a. *Quelles sont les sources de vos informations concernant la vaccination de vos enfants ?
(**Cochez toutes les réponses**)

<input type="checkbox"/> Médecin/ Infirmier(e)/Sage Femme	<input type="checkbox"/> Agent de santé communautaire
<input type="checkbox"/> Volontaire communautaire	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Posters/affiches	<input type="checkbox"/> Télévision
<input type="checkbox"/> Voisin(e)/Ami(e)	<input type="checkbox"/> Séance d'éducation sanitaire
<input type="checkbox"/> Autre (Spécifiez) _____	

19b.* Si la mère écoute la radio/TV ?(**Cochez une seule des réponses, SUGGEREZ TOUTES LES REPONSES**)

Tous les jours

Au moins une fois par semaine

N'écoute jamais

Et, à quel moment de la journée ? (Cochez toutes les réponses)

Matin

Midi

Après midi

Soir

20. Où amenez-vous généralement votre enfant pour la vaccination ?

(Cochez toutes les réponses)

Dans cet établissement

Dans un autre établissement de santé

En foraine

N'a jamais été vacciné auparavant

21. Savez-vous contre quelles maladies les vaccins protègent-ils ? (Cochez toutes les réponses)

* **Chez les enfants**

* **Chez les mères**

Ne sait pas

Rougeole

Ne sait pas

Diphtérie

Tuberculose

Tétanos

Tétanos

Polio

Autre Spécifiez

Coqueluche

Fièvre jaune

Autre Spécifier _____

22.* Le personnel de santé vous a-t-il parlé des effets secondaires éventuels qui peuvent survenir après une vaccination ?

Oui

Non

Fièvre

Douleur

Irritabilité

Œdème gonflement

Autre (Spécifiez) _____

23. Est-ce que vous ou votre enfant êtes déjà venu pour une vaccination dans cet établissement dans les 6 derniers mois et êtes-vous reparti sans avoir été vaccinés pour quelques raisons que ce soit ?

Oui

Non

Si Oui : Quelle était la raison ? (Cochez toutes les réponses)

Séance de vaccination supprimé

Séance de vaccination terminée avant l'arrivée de la mère

Pas de séance de vaccination le de la visite

Enfant était malade

Rupture de stock de vaccins ou d'équipements de vaccination

Pas assez de personnel pour faire la vaccination

Institution fermée

Autre (Spécifiez) _____

24.* Combien de visites de vaccination un enfant a-t-il besoin pendant sa première année pour terminer complètement la série de vaccination ?

25. Quand reviendrez-vous avec l'enfant à l'établissement de santé pour la prochaine vaccination (Cochez toutes les réponses)

Sait

Ne sait pas

26.* Etes-vous en possession de la carte de vacc/f.op. de l'enfant ?

Oui

Non

Si la mère a la carte, regardez les dates de **TOUS LES VACCINS ADMINISTRES.**

Depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui, et remplissez le tableau ci-dessous.

Date de naissance : _____/_____/_____/ ET age : _____/_____/_____

VACCINS ENFANT(Dates)	RECU	
BCG/Polio –O(naissance)	Oui	Non
DTC-1	Oui	Non
Polio- 1	Oui	Non
DTC-2	Oui	Non
Polio- 2	Oui	Non
DTC-3	Oui	Non
Polio- 3	Oui	Non
Rougeole	Oui	Non
Fièvre jaune	Oui	Non
VAM	Oui	Non

Statut vaccinal de l'enfant à ce jour ?	Oui	Non
Enfant a reçu une vaccination aujourd'hui ? N/A (à jour)	Oui	Non

27b. Etes-vous en possession de votre carte de vaccination ? Oui Non

28. * Recopiez, dans le tableau ci-dessous, les vaccinations anti-tétanique reçu par la mère.

MERE	VACCIN		b RECU
VAT-1	Oui		Non
VAT-2	Oui		Non
VAT-3	Oui		Non
VAT-4	Oui		Non
VAT-5	Oui		Non

Statut vaccinal (VAT) de la mère à jour ?	Oui
Non	

29. Combien avez-vous dû payer aujourd'hui pour la consultation ? : _____ Francs CFA
 - vous a-t-on remis une ordonnance ? Oui Non

FIN DE L'INTERVIEW

Indiquez l'heure de la fin de l'interview Heures : _____ Minutes

Durée de l'interview : _____

Remerciez la femme pour avoir répondu à vos questions et demandez lui si elle a des questions à vous poser.

Vérifiez qu'elle sait :

- Préparer les SRO pour un enfant avec la diarrhée,
- Quand revenir pour la prochaine vaccination,
- Comment donner les médicaments prescrits,
- Quand revenir si l'état de santé de l'enfant s'aggrave
- Et corriger éventuellement les lacunes ou les erreurs de la mère.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : **TRAORE**

Prénom : **Djénébou Ibrahima TRAORE**

Titre de la thèse : **Evaluation de l'état nutritionnel et de la qualité des soins des enfants dans le CSCOM de Sénou**

Année universitaire : **2005 - 2006**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôts : **bibliothèque de la faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-stomatologie**

Secteurs d'intérêt : **Santé publique, Pédiatrie, Nutrition**

Résumé

Au Mali l'un des objectifs du PRODESS est de réduire la mortalité et la morbidité liée à la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de 5 ans et l'écologiste de 6-12 ans.

Des rapports de supervisions, de suivi et d'évaluation des activités, il est ressorti d'une part que le volet nutrition n'est pas intégralement prise en compte dans le PMA offerts au niveau des formations sanitaires et d'autres part il a été observé une amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle là où des activités de nutrition sont correctement menées.

Afin de contribuer à l'amélioration de cette situation, la direction national de la santé à travers la division nutrition a entrepris l'introduction d'un paquet intégré d'actions de nutrition au niveau de six (6) aires de santé dans le district de Bamako et les régions de Ségou et Koulikoro. Il s'agit des actions essentielles de nutrition (AEN).

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive au niveau du centre de santé. Elle s'est déroulée en une phase entre le 1^{er} février et le 20 mars 2006.

Ont été concerné par l'étude : enfants de 0-59 mois, fréquentant le centre de santé, le personnel du centre, les mères d'enfants de 0-59 mois consultés.

L'analyse des données a montré que l'équipement et les matériels nécessaire à l'appréciation correcte de l'état nutritionnel étaient disponibles dans le centre. Mais lors de la pratique ils n'étaient pas utilisés.

En conclusion l'appréciation de l'état nutritionnel était très faible.

Mots-clés : état nutritionnel, enfant de 0-59 mois. Sénou

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'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale 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 leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure