

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008 – 2009

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une

\*\*\*\*\*

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



N°.....

## *TITRE*

# ***CARACTERISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DANS 20 CSCOM DU DISTRICT DE BAMAKO***

## *THESE*

Présentée et soutenue publiquement le 10/ 02 / 2009 devant la  
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

***Par Mr TRAORE Papa Oumar***

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

## *JURY*

Président :	Professeur Abdoulaye AG RHALY
Membre :	Docteur Diakalia KONE
Co-Directeur :	Docteur Abdoul Aziz DIAKITE
Directeur de thèse :	Professeur Mamadou Marouf KEITA

## *MENTION :*

***TRES HONORABLE. Echange universitaire. Félicitations du  
jury***

# ***DEDICACE ET REMERCIEMENTS***

## **DEDICACE**

**Je dédie cette œuvre à mes parents : mon Père et ma Mère.**

**Les deux êtres ayant le plus de mérite dans la réalisation de tout ce que j'ai entrepris et dans tous ce qui suivra ce travail.**

## **REMERCIEMENTS**

Louange à Allah qui nous a créé d'un seul être, et à créé de celui-ci son épouse, et qui de ces deux là a fait répandre (sur terre) beaucoup d'hommes et de femmes.

Louange à Dieu qui a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Louange à Allah, par la grâce de Qui les bonnes œuvres sont accomplies.

Louange à Allah dans toutes les circonstances.

Enfin, Allah sait mieux et que la paix et les bénédictions d'Allah soient sur notre bien-aimé, notre Prophète Muhammad, sur sa famille et tous ses compagnons.

Je remercie :

**Mes parents :** Merci pour l'éducation que vous m'avez donné. A mon père pour avoir été un guide inlassable. A ma mère pour son affection inconditionnelle. Que Dieu vous préserve encore longtemps.

**Mes frères et sœurs :** Astan, Tata, Mama, Tanti, Djambou, Bad, Ibrahima, Kissima, Vieux, Mady et mon neveu Toumany ; merci pour cette atmosphère de paix et de gaieté qui m'a toujours entouré.

**Ma fiancée Mariam KEITA :** Merci pour ton soutien, ta présence a été ma principale source de motivation.

**Mes amis :** Moussa, Cherif, Bina et Guindo (le doyen) ; je me suis senti en famille à la Fac grâce à vous, vous avez été des frères. Puisse Dieu nous garder longtemps ensemble.

**Mes sœurs de la Fac :** Diodio, Ténin, Awa, Fatou et Inna ; votre présence, a été une source de joie et d'apaisement.

**Mon frère et ami Issouf Samassa :** Ta loyauté à mon égard est sans reproche. Puisse Dieu nous garder longtemps ensemble.

**Mon grand frère et maître Dr Abdoul Aziz Diakité :** Tu m'as adopté sans condition. Tu as été plus qu'un maître, tu as été un ami et

aussi un frère. Puisse Dieu te couvrir encore de beaucoup de succès.

**Le Professeur Mamadou Marouf KEITA :** Plus qu'un maître, vous avez été mon "ange gardien". Puisse Dieu me permettre de vous le dire encore longtemps.

**Les militants de la Renaissance Syndicale :** L'unité d'action syndicale est la leçon que je retiens de vous.

**Mon équipe de garde :** Sylla, Brin, Mamoutou, Nia, Kanazoé et Chatou ; l'hôpital était une seconde famille grâce à vous.

**Le benjamin de l'équipe :** Issouf Coulibaly, merci pour ton soutien.

**Mes camarades de chambre :** Merci pour votre patience.

**Ma cousine Boulamba depuis Paris :** Merci pour ton soutien.

**Tous ceux qui de près au de loin ont contribué à la réussite de mes études.**

#  
#  
#  
#  
#

***HOMMAGES  
AUX MEMBRES  
DU JURY***

***A notre maître et président du jury.***

***Professeur Abdoulaye Ag RHALY.***

***Professeur honoraire de médecine interne à la FMPOS.***

***Secrétaire permanent du Comité National d’Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie.***

***Ancien Directeur Général de l’INRSP (Institut National pour la Recherche en Santé Publique).***

***Ancien Secrétaire Général de l’OCCGE (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes endémies).***

***Chevalier de l’ordre international des palmes académiques du CAMES (Conseil Africain et Malgache pour l’Enseignement Supérieur).***

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié la clarté de votre enseignement à la Faculté.

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Trouvez ici, cher maître, l’expression de notre profonde reconnaissance.

***A notre maître et juge.***

***Docteur Koné Diakalia***

***Détenteur d'une Maîtrise Scientifique en Santé Publique***

***Chargé de la planification, de la programmation et du suivi évaluation à la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida du Ministère de la santé.***

Chère maître, la promptitude avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury, nous a honoré.

Vos qualités humaines et professionnelles font de vous un homme apprécié et admiré de tous vos collaborateurs.

En espérant toujours compter parmi vos élèves, recevez ici, chère maître, l'expression de notre profonde admiration.

***A notre maître et co-directeur de thèse.  
Docteur Abdoul Aziz DIAKITE.  
Médecin Pédiatre.  
Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré  
Spécialiste en hématologie pédiatrique.  
Titulaire d'un D.U. en surveillance épidémiologique  
des maladies infectieuses et tropicales.  
Responsable de l'unité de drépanocytose dans le  
service de pédiatrie au CHU Gabriel Touré.***

Cher maître, les mots nous manquent, pour exprimer avec exactitude, notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspiré, assisté et guidé dans l'élaboration de ce travail qui est aussi le votre.

Vos qualités humaines, votre courage et votre dévouement, sans limite, à l'accroissement de vos connaissances scientifiques sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

Nous sommes aujourd'hui remplis d'une immense satisfaction d'avoir compté parmi vos cadets et élèves.

Puisse Dieu vous couvrir encore de beaucoup de succès.



***A notre maître et directeur de thèse.  
Professeur Mamadou Marouf KEITA.  
Professeur d'université.  
Professeur honoraire de pédiatrie à la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie  
(FMPOS).  
Ancien Chef du service de pédiatrie au CHU Gabriel  
Touré.  
Président de l'association malienne de pédiatrie.  
Président du comité d'éthique de la FMPOS.  
Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.***

Cher maître, nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin un homme aux qualités académiques et professionnelles rarissimes comme vous. Vous êtes une encyclopédie et une légende vivante. Votre dynamisme, votre abord facile et surtout votre grande culture scientifique ont forcés notre admiration. Nous sommes flattés et honorés d'avoir compté parmi vos élèves. Nous espérons avoir fait honneur à votre qualité incontestable de maître. Puisse Dieu vous préserver encore très longtemps.

#

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ASACO** : Association de santé communautaire

**BCG** : Bacille de Calmette et Guérin

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CS Réf** : Centre de santé de référence

**CTA**: Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

**DTCP3** : Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite 3

**EPU**: Enseignement post universitaire

**FM** : Frottis mince

**FPU**: Formation post universitaire

**GE**: Goutte épaisse

**IB**: Initiative de Bamako

**IDE**: Infirmier d'Etat

**IRA**: Infection respiratoire aigüe

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**OPH**: Ophtalmologie

**ORL**: Oto-rhino-laryngologie

**PB**: Périmètre brachial

**PC**: Périmètre crânien

**PCIME**: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

**PF**: Planning familial

**PMO**: Potentiel de mise en œuvre

**POK**: Parasites œufs et kystes

**PPM**: Pharmacie populaire du Mali

**PRODESS**: Programme de développement sanitaire et social

**RDV**: Rendez-vous

**SLIS**: Système local d'information sanitaire

**SNLP**: Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté

**TSS**: Technicien supérieur de santé

**UNICEF**: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

#  
#  
#  
#  
#  
#  
#  
#  
#

#

# **SOMMAIRE :**

<b>I. INTRODUCTION-OBJECTIFS .....</b>	<b>1 - 3</b>
<b>II. GENERALITES .....</b>	<b>4 - 13</b>
<b>III. METHODOLOGIE .....</b>	<b>14 - 18</b>
<b>IV. RESULTATS .....</b>	<b>19 - 44</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>45 - 54</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>55 - 58</b>
<b>VII. REFERENCES .....</b>	<b>59 - 61</b>

## **ANNEXES :**

- **FICHE SIGNALETIQUE**
- **FICHE D'ENQUETE**
- **SERMENT D'HIPPOCRATE**

#

#

## **I. INTRODUCTION :**

La santé infantile demeure une préoccupation majeure à travers le monde. L'enfant diffère de l'adulte par son immaturité, sa fragilité et ses besoins [1].

De tous les temps, les premières années de la vie d'un enfant sont caractérisées par une certaine fragilité [2, 3, 4].

C'est durant sa première semaine que le nouveau né a le plus de risques de décéder. Alors que 21% des nouveau-nés décèdent à la naissance, ils sont également 21% à décéder lors de leur première semaine ; puis seulement 7% la semaine suivante. Le reste des décès se répartie sur les quatre premières années [5].

Dans le monde, environ 29 000 enfants de moins de 5 ans (21 toutes les minutes) meurent chaque jour de maladies évitables [6].

En 2006, pour la première fois, le nombre d'enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire est tombé en dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions - ceci représente un tournant important pour la survie de l'enfant [7].

A quelques exceptions près, la mortalité infantile est beaucoup plus importante dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Cela s'explique par les conditions sanitaires lors de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi par l'insuffisance de soins aux nouveau-nés. Ainsi, des techniques comme la vaccination, l'administration d'antibiotiques lors d'infections et la réhydratation lors des diarrhées évitent à nombre d'enfants de décéder [8].

Plus de 70% des décès d'enfants enregistrés tous les ans sont attribuables à six causes principales : la diarrhée, le paludisme, les infections néonatales, la pneumonie, un accouchement prématuré ou un manque d'oxygène à la naissance [6].

A l'échelle mondiale, la pneumonie cause à elle seule 19% de la mortalité infantile ; sans compter les infections néonatales. 18% des décès sont attribuables aux diarrhées, 8% au paludisme, 4% à la rougeole et 3% au sida [9].

La mortalité néonatale, dans le premier mois suivant la naissance, correspond à 37% des décès avant l'âge de 5 ans. Les naissances prématurées, les infections graves et les asphyxies sont les principales causes de décès de nouveau-nés (0 à 1mois). La malnutrition contribue dans 53% des cas à la mortalité des enfants de moins de 5 ans [9].

Mais, les maladies ne sont pas inévitables ou forcément mortelles pour les enfants qui en sont atteints. La recherche et l'expérience montrent que sur l'ensemble des enfants qui meurent chaque année, six millions pourraient être sauvés par des mesures simples, rentables, éprouvées

comme les vaccins, les antibiotiques, les suppléments en micro nutriments, les moustiquaires imprégnées, les soins familiaux améliorés (réhydratation en cas de diarrhée etc.) et l'allaitement maternel [9].

Le Mali a toujours été confronté à une fragilité de son système de santé, dont l'un des témoins essentiels reste la mortalité infantile.

Bien que son taux soit en baisse, cette mortalité reste encore à des chiffres assez préoccupants. Ce taux qui était de 152‰ en 1998, 123.26‰ en 2000, 119.2‰ en 2003 et 116.79‰ en 2005, est de nos jours de 96‰ en 2006 [10, 22].

Malgré ces progrès incontestables, au Mali, près d'un enfant sur quatre meurt avant l'âge de cinq ans ; Un sur trois souffre de malnutrition chronique. Ces chiffres sont, bien sûr, caractéristiques de la région du sahel, en Afrique de l'ouest. Aussi, force est de reconnaître qu'ils témoignent également de l'état dans lequel se trouve le système de santé du Mali [10].

Pourtant, à l'idéal, le support malien est presque parfait si son organisation était bien comprise, intégrée et efficace.

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est constitué par le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), un second niveau par le Centre de Santé de Référence (CSREF) et un troisième niveau par l'hôpital, réservé aux cas graves et aux urgences. Mais, les mères se dirigent surtout vers l'hôpital avec les enfants malades ; et les centres de premier niveau sont très souvent laissés dans un état de sous fréquentation [11].

Nous cherchons dans ce travail à :

- Déterminer les caractéristiques de la prise en charge pédiatrique dans les CSCOM.
- Déterminer les facteurs de blocage pour les agents.
- Déterminer le niveau d'information et de satisfaction des mères.

## **OBJECTIFS :**

### **1. Objectif général :**

Déterminer les caractéristiques de la prise en charge pédiatrique dans les CSCOM du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des prescripteurs au niveau des CSCOM.
- Déterminer les caractéristiques des consultations pédiatriques au niveau des CSCOM.
- Identifier les principaux facteurs de blocage pour les agents en matière de pédiatrie et déterminer le niveau d'équipement des CSCOM.
- Déterminer le niveau d'information des mères par rapport à l'organisation de la pyramide sanitaire.
- Déterminer le niveau de satisfaction des mères par rapport aux prestations dans les CSCOM.

## **II. GENERALITES**

### **1. Historique de la politique sectorielle de santé au Mali [12]**

En décembre 1990, le gouvernement de la république du Mali a adopté une nouvelle politique de santé et de population qui vise à résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. En 1993, il a défini une nouvelle politique de solidarité pour lutter contre toutes les formes d'exclusion et de marginalisation en vue d'une plus grande justice et d'un meilleur partage.

Ces deux politiques servent de cadre à la réalisation des plans, projets et stratégies de développement au cours de ces dernières années (PRODESS, SNLP etc.)

La politique sectorielle de santé et de population se fonde sur les principes des soins de santé primaires (Alma Ata 1978), de l'initiative de Bamako (1987), et des scénarios de développement sanitaire (réalisés par l'OMS en trois phases). Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé. Pour atteindre ces objectifs, des stratégies ont été énoncées.

#### **➤ Les stratégies:**

- La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire, d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.
- La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en oeuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.  
La PPM a été considérée comme l'outil privilégié pour la mise en oeuvre de la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels.
- La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé, y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.
- La promotion d'un secteur privé dynamique, complémentaire du système public.

- La garantie d'un système de santé viable et durable ; et la qualité des prestations.

- **Les objectifs :**

L'objectif majeur de la politique sanitaire du Mali est la réalisation de la santé pour tous, sur un horizon aussi rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants :

- Améliorer l'état de santé des populations (afin qu'elles participent pleinement au développement socio-économique du pays) en :
  - Réduisant la mortalité infanto-juvénile et maternelle.
  - Réduisant la morbidité et la mortalité due aux maladies prioritaires.
  - Développant les services de PF.
  - Veillant à la promotion des comportements et attitudes favorables à la santé et au bien-être de la famille.
- Améliorer la couverture sanitaire du pays en :
  - Assurant l'extension de la couverture, afin de rendre les services de santé accessibles aux populations ; y compris celles appartenant aux catégories les plus sévèrement frappées par la pauvreté.
  - Mettant en place un dispositif de soins adapté aux réalités du pays.
  - Assurant des prestations de qualité produites au meilleur coût ; géographiquement et économiquement accessibles, y compris la disponibilité des médicaments essentiels.
  - Améliorant l'utilisation des services de santé, notamment, par des actions d'information, d'éducation et de communication.
- Rendre le système de santé viable et performant en :
  - Assurant l'intégration de la politique de santé dans celle du développement économique, social et culturel du pays.
  - Améliorant l'organisation et le fonctionnement des services de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières.
  - Organisant la participation de l'Etat, des collectivités locales, des populations bénéficiaires et des partenaires au développement, à la prise en charge des dépenses de santé.
  - Développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.



## **2. Présentation du centre de santé communautaire [12]**

Le centre de santé communautaire (CSCOM), structure de santé de 1<sup>er</sup> niveau, est une structure de type privé mais à but non lucratif. Il se compose d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments.

Issu d'une politique basée sur la participation communautaire à la gestion des problèmes de santé, le CSCOM est créé selon un découpage du territoire en cartes sanitaires de 15 km de rayon environs, avec à l'intérieur, un nombre minimum de 5000 habitants.

Selon la densité de la population, cette proportion n'est pas toujours respectée. Un rayon de 15 km peut contenir plus de 5000 habitants dans la région de Sikasso, par contre ce même rayon en contient moins dans certaines zones du Nord du pays.

La préparation d'une carte sanitaire est un long processus allant de l'élaboration de la carte théorique par le personnel de santé, sa négociation entre les communautés concernées et son adoption par les différentes parties (les collectivités décentralisées, les administrations locales et les populations).

Ce découpage en aires de santé (regroupant 7 à 15 villages) se fait sur la base de critères comme :

- l'accessibilité géographique (distance, barrière naturelle),
- l'importance de la population (au moins 5000 habitants),
- les relations entre les villages (affinités, rivalités, coutumes),
- la capacité organisationnelle présumée de la population.

Chaque aire de santé sera dotée d'une infrastructure de santé appelée centre de santé communautaire (CSCOM).

Le choix du lieu d'implantation du centre de santé est de la responsabilité de la communauté.

Selon ce découpage, le Mali compte 1700 aires de santé ; donc, 1700 CSCOM prévus sur l'ensemble du territoire. A la date d'aujourd'hui, (décembre 2006) seuls 785 sont fonctionnels ou, plus exactement, ont un potentiel complet de mise en œuvre ; 915 ont un potentiel inférieur à 12. Ce potentiel ou score complet de mise en œuvre est quotté à 12, selon 4 items de 3 éléments qui sont :

- **Bâtiments** (Ces structures doivent être construites en dur).

- Maternité
- Dispensaire
- Dépôt de médicaments

● **Agents**

- Un chef de poste : médecin, ou au moins infirmier d'Etat
- Un responsable de la maternité : sage femme, ou au moins matrone
- Un gérant du dépôt pharmaceutique

● **Organes de gestion**

- ASACO
- Comité de gestion : les contrôleurs
- Conseil de gestion : les représentants des différentes populations concernées

● **Activités**

- Préventives
- Curatives
- Promotionnelles

**3. Responsabilités de l'Etat et de l'ASACO [12]**

En 1990, l'Etat a décidé du développement de la santé communautaire et de la contractualisation de l'offre de service de santé avec les associations de santé communautaire (ASACO). C'est ainsi que l'ASACO qui se crée, requiert un agrément puis, signe une convention d'assistance mutuelle avec l'Etat. Selon cette convention, l'ASACO s'engage à :

- assurer la promotion de la santé dans son aire de responsabilité ;
- offrir des soins de santé de qualité (curatif, préventif et promotionnel) à des coûts supportables par la population de l'aire ;
- participer à concurrence de 10% aux travaux de construction du centre de santé ;
- assurer la prise en charge des salaires du personnel.

L'Etat, quant à lui, s'engage à :

- participer aux travaux de construction à hauteur de 90% ;
- équiper entièrement le centre ;
- mettre en place un stock initial de médicaments ;
- offrir des vaccins, des contraceptifs, des médicaments pour les maladies sociales (tuberculose, lèpre) ;
- assurer la formation du personnel ;
- assurer la supervision régulière du centre.

#### **4. Revue de la littérature :**

Le Mali a toujours été confronté à une fragilité de son système de santé dont l'un des témoins essentiels reste la mortalité infantile.

La forte mortalité infantile qu'enregistre le Mali chaque année est causée par des pathologies, à priori évitables ou facilement curables.

Ainsi, les principales causes de mortalité au Mali en 2006 par tranches d'âge étaient de : **[13]**

- 0 à 11 mois :
  - fièvre, paludisme : 62%
  - diarrhées présumées infectieuses : 14%
  - toux inférieures à 15 jours, IRA basses : 10%
  - malnutrition protéino-calorique : 8%
  - rougeole : 2%
  - tétanos : 2%
- 12 mois à 48 mois :
  - fièvre, paludisme : 70%
  - malnutrition protéino-calorique : 9%
  - diarrhées présumées infectieuses : 9%
  - toux inférieures à 15 jours, IRA basses : 6%
  - choléra : 2%
  - rougeole : 1%
- 5 à 14 ans :
  - fièvre, paludisme : 46%
  - diarrhées présumées infectieuses : 10%
  - choléra : 9%
  - ulcérations génitales : 8%
  - méningites cérébrospinales : 7%
  - plaies, traumatismes, brûlures : 6%

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, est loin d'être satisfaisante.

Au Mali, la morbidité et la mortalité liées aux états pathologiques sont très élevées et cela s'explique surtout par : une faible couverture sanitaire, une insuffisance notoire des ressources allouées au secteur, un environnement naturel propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires, un accès difficile à l'eau potable pour la majorité des populations, une hygiène défectueuse et des comportements très souvent inadéquats, des apports nutritionnels déficients tant en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), la persistance des coutumes et traditions peu recommandées pour la santé, le faible niveau d'instruction, d'alphabétisation et d'information de la population, la faible participation et responsabilisation des

communautés de base à l'action sanitaire, l'insuffisance en nombre du personnel sanitaire. [14]

Pour faire face à cette situation récurrente, le système de santé du Mali a connu ces quarante dernières années, une évolution constante, afin de répondre aux besoins de santé toujours croissants des populations. Les premières années de l'indépendance furent surtout marquées par la mise en place d'un réseau minimum d'infrastructures de santé. Le premier Plan Décennal de Développement des Services de Santé pour la période 1966 – 1976 s'était assigné comme mission, l'assurance de la gratuité des soins à tous les Maliens et sur l'ensemble du territoire. Le deuxième Plan Décennal de Développement Sanitaire (1981 – 1990) intégrait la stratégie des soins de santé primaires à travers le développement des structures de santé rurales (maternités et dispensaires ruraux), la formation et la mise en place des agents de santé villageois (hygiénistes, secouristes, accoucheuses traditionnelles), les caisses de santé et les caisses de pharmacies villageoises. La fin des années 80 et le début des années 90 ont été marqués par l'adoption de l'initiative de Bamako lors de la 37ème session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Le Mali a adopté le 15 décembre 1990, une nouvelle politique de santé fondée sur les principes des soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako et le système de santé de district. Ceci a constitué, sans aucun doute, un tournant décisif dans l'évolution du système. [15]

La politique nationale de santé vise quatre objectifs majeurs :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile,
- l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité ;
- la lutte contre l'exclusion ;
- la responsabilisation de la communauté dans la promotion de la santé et la gestion des problèmes de santé.

Les stratégies retenues portent sur :

- l'extension de la couverture sanitaire ;
- l'assurance de la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel à moindre coût, privilégiant la rationalisation de la distribution et de la prescription ;
- le développement de la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements, y compris le recouvrement des coûts ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et complémentaire du système public ;

- la garantie de la viabilité du système de santé et la qualité des prestations.

Malgré ces efforts, les progrès restent timides ; la mortalité infantile reste élevée, les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition, continuent de faire un ravage dans nos villes et campagnes. Les accouchements à domicile ne sont toujours pas rares. Les urgences pédiatriques se font de plus en plus ressentir dans nos consultations de tous les jours, on assiste à un accroissement des soins en urgence au détriment des soins programmés.

Les hypothèses pouvant expliquer ces situations, sont entre autres :

- Le niveau d'information des populations par rapport à l'utilisation des services de santé.
- Les croyances et habitudes intégrées : " il faut que mon enfant soit vu en pédiatrie "
- La population trouve un service de faible qualité dans les CSCOM.
- Les prescriptions sont presque toujours identiques quelque soit le tableau clinique.
- Les échecs thérapeutiques sont fréquents dans les centres de premier niveau d'où la faible confiance des populations.
- Les soins y sont plus chers qu'à l'hôpital.
- L'accès au personnel socio sanitaire est parfois difficile.
- Les médicaments traditionnels sont plus efficaces et moins chers.

Cette politique a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CSREF), le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux [11].

A tous ces niveaux, la prise en charge de l'enfant doit obéir à une démarche clinique cohérente. Elle regroupe les étapes suivantes [16] :

**a. Le recueil des informations (interrogatoire) :**

Ce recueil concernant l'enfant et sa famille se situe dans le contexte de la relation triangulaire (enfant-parents-médecin). Il consiste à :

- Identifier l'enfant malade,
- Déterminer les antécédents familiaux : âge, profession, niveau d'étude des deux parents, antécédents obstétricaux de la mère, notion de consanguinité ;
- Rechercher les antécédents personnels, les informations sur la grossesse actuelle, l'état à la naissance sur le régime alimentaire

(surtout, si c'est le nouveau-né), le développement psychomoteur, le statut vaccinal, les antécédents pathologiques (médicaux et chirurgicaux),

- Retracer l'histoire de la maladie

#### **b. L'examen physique :**

Il constitue une étape importante. De ce geste, sont obtenues des informations objectives de la maladie, particulièrement chez les enfants dont l'expression verbale des signes est difficile, sinon absente. L'examen physique comprend :

- L'observation de l'enfant,
- Les mesures de poids, de tailles, comparées aux normes,
- La palpation, l'auscultation ; au besoin, la percussion.

Tous les appareils seront examinés un à un (appareil cardiovasculaire, pleuropulmonaire, digestif, urogénital, lymphoglandulaire, le système nerveux, ORL, peau et phanères).

#### **c. Synthèse et conclusion :**

La synthèse est faite sur la base d'informations reçues à travers l'anamnèse et l'examen physique. Elle conduit, soit à un diagnostic précis, soit à des hypothèses diagnostiques qu'il faut étayer par des examens complémentaires.

#### **d. Traitement :**

Cette dernière étape invite l'agent de santé à une prescription thérapeutique, dont les objectifs apparaissent clairement établis et fondés sur les données cliniques et para cliniques. Le suivi du traitement est fonction de la pathologie diagnostiquée.

Cette méthodologie de prise en charge, connue des médecins (cursus de formation), permet sans doute de prendre en charge efficacement les enfants ; encore faut-il qu'elle soit complétée par une formation pratique dans un service de pédiatrie. Cependant, sa réalisation est difficile dans nos structures de premier niveau où l'équipement fait défaut surtout pour les examens complémentaires. Il devient donc difficile pour l'agent de santé, de poser un diagnostic précis ; sachant que la plupart des enfants se présentent avec des signes et symptômes pouvant évoquer plusieurs maladies.

Cette situation a conduit l'OMS et l'UNICEF à proposer en 1992 une stratégie sous le nom de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) [17]

La PCIME a pour but principal de fournir des soins curatifs nécessaires, de faire la prévention des maladies et promouvoir la santé.

### **La stratégie de prise en charge des cas selon la PCIME :**

La stratégie combine la prise en charge de la maladie, la vaccination, l'administration de la vitamine A et les soins maternels (y compris l'allaitement maternel exclusif). La PCIME insiste sur la nécessité d'une participation active de la famille et de la communauté. Ainsi, la mère doit être capable de reconnaître les premiers signes d'IRA, de présenter son enfant à temps à l'agent de santé et d'administrer correctement le traitement prescrit.

La PCIME invite l'agent de santé à procéder par étapes :

- Evaluer l'état de santé de l'enfant en demandant le motif de consultation par rapport aux quatre principaux symptômes, en cherchant les signes généraux de danger ou les signes d'infection bactérienne, en faisant un examen (basé sur l'écoute et l'observation) et évaluer les autres problèmes ;
- Classer la maladie de l'enfant en utilisant les cadres correspondants aux symptômes et problèmes de l'enfant se rapportant aux couleurs. Selon que son état nécessite :
  - Un traitement pré-transfert et un transfert immédiat (signes généraux de danger) pour la couleur rose,
  - Un traitement médical spécifique au centre de santé et les conseils pour la couleur jaune,
  - Ou la simple prise en charge à domicile pour la couleur verte,
- Identifier le traitement : là, il s'agit :
  - soit de prodiguer à l'enfant les soins d'urgence avant son transfert, si son état nécessite une hospitalisation,
  - soit de donner les premières doses de médicament au dispensaire, si l'enfant a besoin d'un traitement à domicile,
  - soit de donner les instructions à la mère concernant le traitement (montrer comment administrer le médicament par voie orale à domicile, comment traiter les infections locales à domicile).

Pour les enfants de moins de deux ans et les enfants atteints de malnutrition, il doit porter une attention particulière à l'alimentation et conseiller au mieux la mère. Dans tous les cas, l'agent vérifie l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine A.

- L'agent de santé doit insister sur le suivi des soins en demandant à la mère de ramener l'enfant après 2, 5, 14 ou 30 jours de traitement ; ou dès qu'elle constate une aggravation de la maladie.

Cette stratégie de PCIME vise à réduire la mortalité, ainsi que la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités ; et à contribuer à améliorer la croissance et le développement de l'enfant.



### **III. METHODOLOGIE :**

#### **1. Cadre d'étude :**

Notre travail s'est déroulé dans les centres de santé communautaire de quatre communes du district de Bamako (communes I, IV, V et VI).

#### **■ Le district de Bamako**

Le district de Bamako, situé administrativement au même niveau qu'une région ; couvre une superficie de 267 km<sup>2</sup>, avec une population de 1 343 153 habitants. Il est divisé en 6 communes et compte 66 quartiers.

##### **➤ Situation des aires de santé [13]**

- Par rapport au nombre :
  - 45 CSCOM en 2001
  - 48 CSCOM en 2002
  - 50 CSCOM en 2003
  - 54 CSCOM en 2004
  
- Par rapport aux textes réglementaires : Année 2006
  - CSCOM avec agrément : 51 /54
  - CSCOM avec convention : 48/54
  
- Par rapport au potentiel de mise en œuvre (jusqu'au 30 juin 2006)
  - CSCOM à potentiel complet : 35
  - CSCOM à potentiel partiel : 12
  - CSCOM à potentiel insuffisant : 04
  - CSCOM à potentiel nul : 03

##### **➤ Centres de santé par commune**

Les communes concernées par notre étude sont les communes I, IV, V et VI.

Chaque CSCOM a pour population cible, les habitants d'un ou de plusieurs quartiers (2 en général).

#### **● Commune I**

La commune I du district de Bamako avec ses 8 quartiers et une population de 273 206 habitants, dispose de 10 CSCOM.

Les centres concernés par notre étude sont :

- ASACOBA
- ASACOSI
- ASACODJE
- ASACABOUL 2
- ASACOFADI

● **Commune IV**

Quatrième commune du district, avec 8 quartiers, compte 232 107 habitants, dispose de 8 CSCOM.

Les centres concernés par notre étude sont :

- ASACOSEK
- ASACOLA I
- ASACOLA II
- ASACODJIP
- ASACOHAM

● **Commune V**

Cinquième commune du district, avec 9 quartiers, compte 279 240 habitants, dispose de 9 CSCOM.

Les centres concernés par notre étude sont :

- ASACODA
- ASACOGA
- ASACOSAB I
- ASACOBADJI
- ASACOTOQUA

● **Commune VI**

Sixième commune du district, avec 10 quartiers, compte 473 847 habitants et dispose de 11 CSCOM.

Les centres concernés par notre étude sont :

- ASACOSO
- ASACOFA
- ASACONIA
- ASACOMA
- ASACOBFAFA

**2. Période d'étude :**

Nous avons recueilli les données pendant une période allant du 29 juin 2007 au 30 octobre 2007, soit 4 mois.

### **3. Type d'étude :**

Nous avons utilisé une étude descriptive et transversale des caractéristiques de la prise en charge pédiatrique dans les CSCOM.

### **4. Population d'étude :**

Elle a été composée :

- 4.1. Du personnel chargé de la consultation pédiatrique.
- 4.2. Des mères responsables d'enfants vus en consultation.

### **5. Echantillonnage :**

Nous avons procédé à un échantillonnage portant sur 20 CSCOM tirés au hasard dans les 4 communes concernées par notre étude.

#### **5.1 Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude :

- Les prestataires de la consultation pédiatrique.
- Les mères ayant des enfants d'âge variant entre 0 et 15 ans, vus en consultation curative le jour de l'étude. 10 mères ont été interrogées par CSCOM.

#### **5.2 Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les mères accompagnant des enfants d'âge supérieur à 15 ans.
- Les mères ayant des enfants vus pour d'autres types d'activités (préventive ou promotionnelle)
- Les prestataires d'autres types de consultations.
- Les refus

### **6. Technique de collecte :**

- Interview à l'aide de questionnaires adressés aux mères et au personnel de santé sur place.
- Observation de certains paramètres selon les fiches pré établies.

### **7. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été portées sur des fiches d'enquêtes personnelles, puis saisies sur le logiciel **Microsoft Office World 2007**. L'analyse des données a été faite sur le logiciel **SPSS version 12.0**

### **8. Définitions opérationnelles :**

- **Choix des communes :**

Les communes II et III ont été exclues de cette étude, parce que l'hôpital constitue la référence 2 pour les CSCOM de ces communes.

➤ **Nombre de CSCOM par commune :**

5 centres ont été choisis par commune en vue d'atteindre un nombre assez représentatif du total des centres des 4 communes concernées.

20 centres représentent 52,63% d'un ensemble de 38 centres des dites communes.

➤ **Nombre de mères par CSCOM :**

Selon les registres de consultation de nos différents centres, nous avons trouvé une moyenne de 10 consultations pédiatriques par jour. D'où le choix de 10 mères par CSCOM.

➤ **Mères :**

Nous avons désigné sous ce nom, toute personne ayant accompagné un enfant malade en consultation.

➤ **Prescripteurs :**

Ou agents, ou prestataires ; ces termes ont été utilisés pour désigner les responsables des consultations pédiatriques.

➤ **Temps d'examen :**

Selon l'OMS, il est considéré comme suit :

- Inférieur à 15 minutes : insuffisant
- Supérieur ou égal à 15 minutes : Suffisant

➤ **Tranche d'âge de l'enfant :**

Selon l'OMS, elle est considérée comme suit :

- Entre 0 et 1 mois : Nouveau-né
- Entre 1 mois et 2 ans : Nourrisson
- Entre 2 ans et 5 ans : Petit enfant
- Entre 5 ans et 10 ans : Grand enfant
- Entre 10 ans et 15 ans : Adolescent

➤ **Délai d'attente avant la consultation :**

Selon l'OMS, il est considéré comme suit :

- Inférieur à 1 heure : Court
- Entre 1 heure et 2 heures : Long
- Supérieur à 2 heures : Très long

## **9. Ethique :**

Dans notre étude, nous avons tenu compte des aspects de la déontologie, de l'éthique et du consentement éclairé du personnel et des mères.

A cet effet, nous avons adressé une demande d'autorisation à la direction régionale de la santé.

En somme, notre travail a porté sur une étude descriptive et transversale des caractéristiques de la prise en charge pédiatrique de 20 centres et 200 mères.

#### **IV. RESULTATS :**

##### **➤ CARACTERISTIQUES / EVALUATION DES PRESCRIPTEURS ET DES CONSULTATIONS**

**TABLEAU I :** Répartition des prescripteurs selon l'âge

<b>Age</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Entre 25 et 30 ans	4	20,0
Entre 31 et 40 ans	10	<b>55,0</b>
Entre 41 et 45 ans	4	20,0
Supérieur à 45 ans	1	5,0
<b>Total</b>	20	100

La tranche d'âge 30/31- 40 ans était majoritaire, soit 55%.  
Seulement 5% des agents avaient un âge supérieur à 45 ans.

**TABLEAU II:** Répartition des prescripteurs selon la qualification

<b>Qualification agent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	16	<b>80,0</b>
TSS	2	10,0
IDE	2	10,0
<b>Total</b>	20	100

80% des agents étaient des médecins, 10% étaient TSS et 10% IDE.

**TABLEAU III** : Répartition des prescripteurs selon le nombre d'années d'exercice

<b>Expérience</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à 5 ans	10	<b>50,0</b>
Entre 5 et 10 ans	4	20,0
Entre 10 et 15 ans	5	25,0
Supérieur à 15 ans	1	5,0
<b>Total</b>	20	100

50% de nos agents avaient une expérience de moins de 5 ans.

**TABLEAU IV**: Répartition des médecins selon le service de thèse

<b>Service de thèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecine	7	43,75
Gynécologie	6	37,5
Chirurgie	2	12,5
Pédiatrie	1	<b>6,25</b>
<b>Total</b>	16*	100

Seulement 6,25% des agents ont fait une thèse de pédiatrie, soit 1 agent.

\*4 des agents ne sont pas médecin

**TABLEAU V:** Répartition des prescripteurs selon le stage fait dans le service de pédiatrie

<b>Stage de pédiatrie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	13	<b>65,0</b>
Non	7	35,0
<b>Total</b>	20	100

65% des agents avaient fait un stage de pédiatrie, contre 35% n'ayant pas fait ce stage.

**TABLEAU VI:** Répartition des prescripteurs selon la durée du stage fait dans le service de pédiatrie

<b>Durée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à 2 mois	2	15
Entre 2 et 6 mois	4	31
Supérieur à 6 mois	7	<b>54</b>
<b>Total</b>	13*	100

54% des agents ont fait un stage de pédiatrie supérieur à 6 mois, 31% entre 2 et 6 mois et 15% inférieur à 2 mois.

\* Le nombre ayant fait un stage dans le service de pédiatrie



**TABLEAU VII** : Répartition des prescripteurs selon la formation post universitaire de pédiatrie

<b>FPU</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui*	5	25,0
Non	15	<b>75,0</b>
<b>Total</b>	20	100

75% des agents n'ont pas fait de formation en pédiatrie après l'université.

\* formation en PCIME

**TABLEAU VIII** : Répartition des prescripteurs selon la source d'information en matière de prescription pédiatrique

<b>Source d'information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Délégués médicaux	12	<b>60,0</b>
Vidal	5	25,0
Internet	2	10,0
EPU	1	5,0
<b>Total</b>	20	100

Les délégués médicaux constituent la source d'information la plus utilisée, soit 60%.

**TABLEAU IX :** Répartition des prescripteurs selon le paramètre de prescription

<b>Paramètre de prescription</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Age	13	<b>65,0</b>
Poids	7	35,0
<b>Total</b>	20	100

65% des agents font leurs prescriptions pédiatriques en fonction de l'âge, contre 35% en fonction du poids.

**TABLEAU X :** Répartition des prescripteurs selon les mensurations effectuées

<b>Mensurations</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	17	<b>85,0</b>
Taille+PC+PB	2	10,0
PC	1	5,0
<b>Total</b>	20	100

85% des agents ne font pas les mensurations (taille, PC, PB)

**TABLEAU XI :** Répartition des prescripteurs selon la consultation du carnet de vaccination

<b>Consultation carnet</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	11	55,0
Non	9	<b>45,0</b>
<b>Total</b>	20	100

45% des agents ne réclament pas le carnet de santé de l'enfant.

**TABLEAU XII** : Répartition des prescripteurs selon le site de référence

<b>Site de référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CSRef commune	13	<b>65,0</b>
Pédiatrie	7	35,0
<b>Total</b>	20	100

65% des agents réfèrent au CS Réf.de la commune contre 35% qui réfèrent directement au service de pédiatrie.

**TABLEAU XIII** : Répartition des patients selon l'utilisation de la table de consultation

<b>Lieu de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Table de consultation	160	80,0
Genoux mère	40	<b>20,0</b>
<b>Total</b>	200	100

80% des patients ont été vus sur la table de consultation et 20% sur le genou des mères.

**TABLEAU XIV : Répartition des patients selon la méthode de pesée**

<b>Méthode</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pèse-personne	54	44,26
Pèse-bb	34	27,86
Double pesée	34	27,86
<b>Total</b>	122*	100

Le pèse personne a été la méthode la plus utilisée. 39% des patients n'ont pas été pesés.

\* 78 patients n'ont pas été pesés

**TABLEAU XV : Répartition des patients selon la prise de température**

<b>Température</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	72	36,0
Non	128	<b>64,0</b>
<b>Total</b>	200	100

La prise de température a été effectuée pour seulement 36% des patients contre 64% dont la température n'a pas été contrôlée.

**TABLEAU XVI** : Répartition des patients selon l'effectivité de l'anamnèse

<b>Anamnèse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	184	<b>92,0</b>
Non	16	8
<b>Total</b>	200	100

Dans 92% des cas l'interrogatoire a été réalisé, contre 8% des cas où l'examen n'a pas comporté d'interrogatoire.

**TABLEAU XVII** : Répartition des patients selon la demande d'examens complémentaires

<b>Examen complémentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	34	17
Non	166	<b>83,0</b>
<b>Total</b>	200	100

Dans 83% des cas, il n'y a pas eu de demande d'examens complémentaires.

**TABLEAU XVIII:** Répartition des patients selon les différents actes de l'examen physique

<b>Actes effectués</b>	<b>Effectif (N=200)</b>	<b>Pourcentage</b>
Examen peau et phanères	<b>177</b>	<b>88,5</b>
Examen appareil respiratoire	168	84
Examen appareil cardio-vasculaire	143	71,5
Prise de poids	122	61
Enfants déshabillés	121	60,5
Examen appareil digestif	120	60
Prise de température	72	36
Examen appareil lympho-glandulaire	34	17
Examen ORL	18	9
Examen appareil locomoteur	17	8,5
Examen système nerveux	11	5,5
Examen OPH	8	4

Les actes les plus effectués ont été l'examen de la peau et des phanères (88,5%), l'examen de l'appareil respiratoire (84%) ; l'examen de l'appareil cardio-vasculaire et de l'appareil digestif, respectivement 71% et 60%.

**TABLEAU XIX :** Répartition des patients selon le type d'information donnée par le prescripteur

Type d'information	Effectif (N=200)	Pourcentage
Type traitement	123	<b>63,0</b>
Information sur le diagnostic	112	56,0
Conseil	93	46,5
Durée traitement	82	42
Examen complémentaire	20	10,0

Le type du traitement a été l'information la plus donnée, soit 63%.  
Le diagnostic a été communiqué dans 56% des cas.

**TABLEAU XX :** Répartition des patients selon l'explication du rôle de l'examen complémentaire

Explication rôle	Effectif	Pourcentage
Oui	20	59,0
Non	14	<b>41,0</b>
<b>Total</b>	34*	100

Dans 41% des cas, l'examen complémentaire n'a pas été expliqué aux mères.

\* Le nombre de cas d'examens complémentaires demandés

**TABLEAU XXI : Répartition des patients selon le délai du contrôle**

<b>Délai</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à 7 jours	33	53,22
Entre 7 et 15 jours	27	43,54
Supérieur à 15 jours	2	3,22
<b>Total</b>	<b>62*</b>	<b>100</b>

53,22% des contrôles, ont été demandés pour un délai inférieur à 7 jours.

\* Dans 138 cas sur 200 il n'y a pas eu de demande de contrôle

**TABLEAU XXII : Répartition des patients selon le degré du recours**

<b>Recours</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1er recours	103	<b>51,5</b>
Automédication	55	27,5
Traitement traditionnel	32	16,0
Traitement medical antérieur	10	5,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

51,5% des patients ont consulté en premier recours, 27,5% ont fait une automédication au préalable et 16% un traitement traditionnel.



**TABLEAU XXIII : Répartition des patients selon le motif de consultation**

<b>Motif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fièvre + autre symptôme*	59	<b>29,5</b>
Autres**	50	25,0
Diarrhée et/ou vomissement	38	19,0
Fièvre	34	17,0
Toux et/ou difficulté respiratoire	19	9,5
<b>Total</b>	200	100

La fièvre, isolée ou associée à d'autres symptômes, a été le motif de consultation le plus représenté ; soit 46,5%.

\* Diarrhée (19), vomissement (16), toux (14), douleur abdominale (10)

\*\* Plaie, traumatisme et brûlure (16), cris incessants (6), ballonnement abdominale (6), céphalée (4), hématurie (3), éruption cutanée (3), refus de téter (2), pâleur (2), odynophagie (2), convulsion (1), œdème du visage (1), épistaxis (1), poly-adénopathie (1), tuméfaction retro-auriculaire (1), conjonctivite (1)

**TABLEAU XXIV** : Répartition des patients selon le type d'examen demandé

<b>Examen</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
GE et FM	21	<b>61,76</b>
Sérologie Widal	8	23,52
Selles POK	4	11,76
Radio thorax	1	2,94
<b>Total</b>	<b>34*</b>	<b>100</b>

La goutte épaisse a été l'examen complémentaire le plus demandé, soit 61,76%.

\* Le nombre de cas d'examens complémentaires demandés

**TABLEAU XXV : Répartition des patients selon le diagnostic posé**

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Accès palustre	68	<b>34,0</b>
Affections digestives	61	30,5
IRA	30	15
Plaies, traumatismes, brûlures	14	7
Atteintes ORL	13	6,5
Infections urinaires	8	4,0
Autres*	6	3,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

L'accès palustre a été le diagnostic le plus représenté, soit 34%. Suivi des affections digestives, 30,5%.

\* Mycose du cuir chevelu (1), conjonctivite (1), dermatose (1), poly-adénopathie (1), pâleur sévère (1), œdème du visage (1)

**TABLEAU XXVI : Répartition des patients selon la décision médicale**

<b>Décision</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Traitement institué	197	<b>98,5</b>
Reféré	3*	1,5
<b>Total</b>	200	100

98.5% des patients ont reçu un traitement dans le centre.

\* 1 cas de poly-adénopathie, 1 cas de pâleur sévère, 1 cas d'œdème du visage ; tous ces cas ont été référés au service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré

**TABLEAU XXVII : Répartition des centres selon le tri des malades**

<b>Tri</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	17	<b>85,0</b>
Non	3	15,0
<b>Total</b>	20	100

Les urgences étaient prioritaires dans 85% de nos CSCOM (17/20).

➤ **DESCRIPTION DES FACTEURS DE BLOCAGE POUR LES AGENTS ET DU NIVEAU D'EQUIPEMENT DES CENTRES**

**TABLEAU XXVIII** : Répartition des centres selon la capacité d'accueil

<b>Débordement capacité accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	12	<b>60,0</b>
Non	8	40,0
<b>Total</b>	20	100

60% des agents affirment que leur centre est débordé.

**TABLEAU XXIX** : Répartition des centres selon les raisons du débordement

<b>Motif de débordement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Insuffisance de personnel	5	<b>41,66</b>
Manque de Salles	2	16,66
Les deux cas	5	41,66
<b>Total</b>	12*	100

L'insuffisance de personnel était le motif le plus représenté soit 41,66%.

\* Les centres ayant affirmé le débordement

**TABLEAU XXX** : Répartition des centres selon les raisons des difficultés diagnostiques

<b>Motif diff. Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Insuffisance de ressources humaines qualifiées	6	40,0
Difficultés de faire les examens complémentaires	6	40,0
Manque de matériel adapté	3	20,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

L'insuffisance de personnel et les difficultés de faire les examens complémentaires étaient les motifs les plus retrouvés, soit 40% pour chaque cas.

**TABLEAU XXXI** : Répartition des centres selon les raisons des difficultés thérapeutiques

<b>Motif diff. Thérapeutiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Recours tardif aux soins	10	<b>50,0</b>
Ordonnances non honorées, parents démunis	6	30,0
Non disponibilité des médicaments	4	20,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Le recours tardif était prédominant, soit 50%.  
30% des difficultés thérapeutiques seraient liées aux ordonnances non honorées.

**TABLEAU XXXII :** Répartition des centres selon les raisons des difficultés de suivi et de traitement

<b>Motif diff. Suivi et ttt</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mauvaise observance	15	75,0
Pas de difficultés	5	25,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La mauvaise observance est revenue comme étant la seule cause de ces difficultés. 25% des agents affirment ne pas rencontrer ces difficultés.

**TABLEAU XXXIII:** Répartition des centres selon les raisons des difficultés de surveillance

<b>Motif diff. Surveillance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
RDV non respectés	12	<b>66,66</b>
Carnets non disponibles	5	27,77
Les deux cas	1	5,55
<b>Total</b>	<b>18*</b>	<b>100</b>

67% des agents lient ces difficultés aux RDV non respectés.

\*2 centres affirment ne pas rencontrer ce type de difficulté

**TABLEAU XXXIV** : Répartition des centres selon les raisons des difficultés de référence

<b>Motif diff. Référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Parents réticents à la référence	5	<b>50,0</b>
Manque de moyen de transport	4	40,0
Les deux cas	1	10,0
<b>Total</b>	10*	100

50% des agents lient ces difficultés aux parents non disposés.

\*10 centres affirment ne pas rencontrer ce type de difficulté

**TABLEAU XXXV** : Répartition des centres selon le motif de référence

<b>Motif de référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Manque de personnel qualifié	11	<b>55,0</b>
Manque de matériel	5	25,0
Les deux cas	4	20,0
<b>Total</b>	20	100

55% des agents réfèrent pour manque de personnel qualifié.



**TABLEAU XXXVI** : Répartition des centres selon le niveau d'équipement

**Utilisent (1), n'utilisent pas (0) N=20**

<b>Matériel</b>	<b>(1)</b>	<b>(0)</b>
Bancs ou chaises	20	0
Table de consultation	20	0
Thermomètre	11	9
Pèse-bébé	4	16
Mètre ruban	4	16
Pèse-personne	16	4
Stéthoscope	20	0
Abaisse-langue	6	14
Otoscope	6	14
Source lumineuse	7	13
Négatoscope	7	13
Tensiomètre pédiatrique	0	20
Lampe chauffante	0	20
Aspirateur	0	20
Source d'oxygène	0	20

Le pèse-bébé (20%), le mètre ruban (20%), les abaisse-langue (30%) et l'otoscope (30%) ont été très peu utilisés.

**TABLEAU XXXVII :** Répartition des centres selon le potentiel de mise en œuvre

<b>PMO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Complet	19	95,0
Incomplet	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

95% des CSCOM avaient un PMO complet.

**TABLEAU XXXVIII :** Répartition des centres selon le nombre d'agents

<b>Nombre d'agents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à 10	1	5,0
Entre 10 et 15	11	<b>55,0</b>
Entre 16 et 20	7	35,0
Supérieur à 20	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

L'intervalle 10-15 agents était prédominant, soit 55%.

➤ **EVALUATION DU NIVEAU D'INFORMATION ET DE SATISFACTION DES MERES**

**TABLEAU XXXIX** : Répartition des mères selon la connaissance de la place du CSCOM dans la pyramide sanitaire

<b>Niveau</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Niveau inférieur	115	<b>57,5</b>
Ne sait pas	82	41,0
Niveau supérieur	2	1,0
Niveau identique	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

57.5% des mères considèrent le CSCOM comme une structure de niveau inférieur.

**TABLEAU XXXX** : Répartition des mères selon la connaissance de l'orientation des maladies pédiatriques

<b>Orientation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CSCOM	149	<b>74,5</b>
Hôpital	26	13,0
Ignore	25	12,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le CSCOM représente le premier choix pour 74.5% des mères.

**TABLEAU XXXI** : Répartition des mères selon le critère de choix du CSCOM

<b>Critère de choix</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Proximité	155	<b>77,5</b>
Moindre frais	21	10,5
Proximité + moindre frais	17	8,5
Meilleur service	4	2,0
Autre*	3	1,5
<b>Total</b>	200	100

77.5% des mères choisissent le CSCOM pour sa proximité et 10.5% pour ses moindres frais.

\*Parents avec un agent du centre (2). Sur recommandation (1)

**TABLEAU XXXII** : Répartition des mères selon l'accessibilité du centre

<b>Accessibilité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Facile	192	<b>96,0</b>
Difficile	8	4,0
<b>Total</b>	200	100

96% des mères trouvent facile l'accès de leur CSCOM

**TABLEAU XXXIII** : Répartition des mères selon la qualité de l'accueil au centre

<b>Qualité accueil</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne	133	<b>66,5</b>
Passable	60	30,0
Mauvaise	7	3,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

66.5% des mères affirment que le centre a un bon accueil, contre 3.5% qui trouvent l'accueil de mauvaise qualité.

**TABLEAU XXXIV** : Répartition des centres selon le délai d'attente

<b>Délai</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Court	181	<b>90,5</b>
Long	19	9,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le délai court a représenté 90.5% des cas, contre 9.5% pour un long délai d'attente.

**TABLEAU XXXV : Répartition des mères selon la satisfaction**

<b>Satisfaction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	172	<b>86,0</b>
Non	28	14,0
<b>Total</b>	200	100

86% des mères sont satisfaites de la qualité des services dans les CSCOM

**TABLEAU XXXVI : Répartition des mères selon l'accessibilité du coût du ticket**

<b>Coût ticket</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Supportable	150	<b>75,0</b>
Moyen	37	18,5
Insupportable	13	6,5
<b>Total</b>	200	100

75% des parents trouvent le coût du ticket supportable

**TABLEAU XXXVII** : Répartition des mères selon l'accessibilité du coût des médicaments

<b>Coût médicaments</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Accessible	175	<b>89,28</b>
Non accessible	21	10,71
<b>Total</b>	196*	100

89,28% des parents trouvent le coût des médicaments supportable

\* Trois cas référés, un cas a bénéficié d'un kit (CTA)

## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Caractéristiques / évaluation des prescripteurs et analyse des consultations:**

#### **a. Profil des agents :**

Vingt (20) prescripteurs ont participé à notre étude.

- ❖ La grande majorité des prescripteurs étaient des médecins (80%) ; les TSS et les IDE représentaient chacun 10%. Ces résultats sont proches de ceux de Diarra B. [18] qui, dans son étude réalisée Bamako, trouvait 78,6% pour les médecins et étudiants faisant fonction d'internes ; et 21,4% pour les infirmiers. L'étude menée à Bamako au Mali par DIAKITE D. N. [19] avait trouvé que 48,4% étaient constitués de médecins-internes et 51,6% constitués d'infirmiers.

Le nombre élevé de médecins s'explique par le fait que dans nos 20 centres, les chefs de poste étaient médecins et assuraient eux-mêmes la plupart des consultations.

- ❖ Nos agents étaient de sexe masculin à 80%, la majorité avait un âge compris entre 31 et 40 ans, soit 55%. Seulement 1 agent avait plus de 45 ans, soit 5%. Ceci peut s'expliquer par la plus grande disponibilité des jeunes médecins pour les centres de premier niveau.

#### **b. Formation et expérience des agents :**

- ❖ Sur l'ensemble de nos agents, seulement 6,25%, soit 1 agent avait fait une thèse de pédiatrie ; la majorité était des anciens internes des services de médecine et de gynécologie, soit respectivement 43,75% et 37,5%. Ceci peut s'expliquer par la préférence des communautés employeuses pour des médecins à tendance gynécologique.
- ❖ Les 35% de nos agents n'avaient pas fait de stage dans le service de pédiatrie pendant la formation initiale. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les stages de rotation dans les différents services n'étaient pas obligatoires à leur époque. Ce manque de formation pratique peut, considérablement altérer la qualité des consultations.



- ❖ Au cours de cette étude, nous avons observé que 50% des agents avaient une expérience professionnelle inférieure à 5 ans. Seul un agent, soit 5% avait une expérience supérieure à 15 ans. Ceci reflète également la plus grande disponibilité des jeunes médecins. Ces derniers se font plus disponibles, certainement, pour des besoins d'insertion socio professionnelle.
- ❖ Au cours de notre étude, nous avons trouvé que la majorité de nos prescripteurs n'ont pas été formés en PCIME. Seulement 25% (5/20) ont suivi une formation en PCIME. Ce résultat est proche de celui de Diarra B. qui a trouvé un taux de 21,3%. Ce phénomène peut s'expliquer par la rareté des ateliers de formation adressés aux agents des centres de premier niveau en matière de pédiatrie.

### **c. Connaissances, attitudes et pratiques des agents :**

- ❖ Au terme de notre étude, nous avons pu identifier les différentes sources d'information de nos prescripteurs concernant la prescription pédiatrique ; la plus citée a été celle des délégués médicaux (60%), suivi du Vidal (25%). Ceci témoigne de la faible fiabilité de leurs sources ; et aussi, de la non mise en pratique de la politique de l'OMS concernant la prescription de médicaments essentiels qui doit en effet se baser sur les formulaires thérapeutiques, présentes dans tous les CSCOM. Nos résultats sont différents de ceux de DIARRA B. qui a trouvé 71,4% pour le Vidal.
- ❖ Quant aux paramètres de prescription, le plus utilisé a été l'âge, soit 65% des cas ; le poids était utilisé dans 35% des cas. Ceci peut s'expliquer par l'insuffisance, soit du dispositif de pesée, soit de l'habitude même de pesée. La faible utilisation du poids dans les prescriptions, peut entraîner des erreurs de dosage, donc des traitements mal adaptés. Nos résultats diffèrent de ceux de DIARRA B. qui a trouvé 50% pour le poids.
- ❖ Quant à la référence, dans 35% des cas, les agents affirment qu'ils réfèrent les cas graves directement au service de pédiatrie. Ce qui dénote du non respect des voies de référence dans l'organisation de la pyramide sanitaire. Car du CSCOM, les références doivent être

adressées au CSRéf de la commune. Ces agents prétextent l'absence de médecins pédiatres même dans les CSRéf.

#### **d. Caractéristiques des consultations :**

- ❖ A l'issue de notre étude, nous avons pu identifier les différents motifs de consultation. La fièvre, isolée ou associée à d'autres symptômes, a représenté le motif le plus retrouvé, avec 46,5%. Les symptômes associés ont été surtout la diarrhée, les vomissements et la toux. La forte présence de la fièvre peut s'expliquer par les conditions climatiques, environnementales et socio-économiques des populations qui favorisent les infections parasitaires, bactériennes et virales.
- ❖ Parmi nos patients, 59% ont consulté avant trois jours de maladie (phase aiguë de la maladie). Cela signifie qu'une partie non moins importante des malades a d'autres recours avant le centre de santé.
- ❖ Quant au degré de recours, 51,5% des patients ont consulté en premier recours, 27,5% après une automédication et 16% après un traitement traditionnel. Ces résultats témoignent du fait que les mères gardent encore des mauvaises habitudes (automédication, traitement traditionnel abusif), liées soit à des raisons économiques, soit au peu de confiance accordée à la qualité de la prise en charge au niveau des CSCOM.
- ❖ L'interrogatoire : c'est le préambule de tout examen ou de toute observation clinique. Bien conduit, il aidera l'agent à diriger et à interpréter son examen clinique et lui permettra de choisir les éventuelles investigations utiles au diagnostic [20]. Ce qui n'a pas été toujours le cas dans notre étude car, l'anamnèse n'a pas été effectuée dans 8% des cas ; DIARRA B. avait trouvé 22,9%. Le carnet de santé (ou fiche d'échéancier) n'a pas été réclamé par l'agent dans 45% des cas, ce résultat est différent de celui de DIARRA B. qui trouvait 89,3%.

Ceci témoigne du fait que les agents ne prennent pas toujours assez de temps avec les patients. Par ailleurs, nous avons trouvé un taux de 71% pour le temps de consultation insuffisant (c'est-à-dire inférieur à 15 mn)

La qualité de l'examen physique : L'examen physique est une étape décisive de la consultation. Il fournit à l'examineur les renseignements objectifs des symptômes fonctionnels. Examiner est un art qui obéit à des règles. L'examineur doit s'efforcer de suivre les grandes lignes de la méthodologie d'examen de l'enfant, même dans le cas d'une visite de suivi ou même en cas de renouvellement d'ordonnance [20].

Dans notre étude, il ressort que :

- ❖ Les patients, à 80%, ont été examinés sur la table de consultation et 20% sur les genoux des mères ; 39,5% des patients ont été vus habillés et 60,5% déshabillés. Ce résultat diffère de celui de DIARRA B. et de KONE A. [21] qui ont trouvé respectivement 50% et 72,1% pour les enfants déshabillés. Ces comportements peuvent s'expliquer par le peu d'importance qu'accordent les prescripteurs à certains motifs de consultation qu'ils considèrent a priori comme banaux, donc ne nécessitant pas de prendre beaucoup de temps.
- ❖ Les mesures anthropométriques (poids, température), ont été peu effectuées (61% et 36%) contre (17,9% et 18,6%) pour DIARRA B. Les mensurations PC, PB et la taille ont également été faiblement utilisées (15%) ; ceci s'explique par le fait qu'au niveau des CSCOM, ces mensurations sont quasi-inexistantes en consultation curative. Ils en font la seule affaire de l'équipe chargée de la consultation enfant sain.
- ❖ L'examen des peaux et phanères (88,5%), de l'appareil respiratoire (84%), de l'appareil cardio-vasculaire (71%) et de l'appareil digestif (60%) ont été les plus effectués. Ces résultats sont proches de ceux de DIARRA B. qui a trouvé dans le même ordre 82,1%, 82,1%, 77,1% et 75%. Par contre, l'examen de l'appareil lymphoglandulaire, de l'appareil locomoteur, du système nerveux ; l'examen ORL et OPH ont été faiblement exécutés. Ces derniers étant souvent considérés comme accessoires de l'examen ou souvent réservés à la consultation du spécialiste.
- ❖ Certains gestes comme la prise de la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la palpation des pouls périphériques et la percussion ont été presque occultés.

Cette faiblesse de l'exécution normale de l'examen physique peut s'expliquer par des comportements routiniers des agents, liés à la fréquence de certains motifs de consultation : fièvre, diarrhée, vomissement et toux.

- ❖ Les examens complémentaires ont été moins demandés (17%). Ce résultat est proche de celui de KONE A. qui avait trouvé 14,3% et différent de celui de DIARRA B. qui avait trouvé 4,3%. Ces différences peuvent s'expliquer par la différence de plateau technique (labo) selon les centres.
- ❖ Dans cette étude, les examens complémentaires les plus demandés ont été la goutte épaisse, la sérologie widal et les selles POK. Les examens radiologiques ont été très peu sollicités. Dans l'étude de DIARRA B., la goutte épaisse est également venue en tête des examens para-cliniques
- ❖ Le paludisme (34%), les atteintes digestives (30,5%) et les IRA (15%) ont été les principales pathologies rencontrées durant notre période d'étude. Ces résultats sont différents de ceux de DIARRA B. qui avait trouvé les IRA en tête, avec 27,1% ; suivie du paludisme avec 26,4%. Ces différences peuvent s'expliquer par la période d'étude (juillet-aout-septembre-octobre), qui est celle de la forte transmission du paludisme. L'étude de DIARRA s'étant déroulée de janvier à mars.
- ❖ La communication du diagnostic n'a été effective que dans 56% des cas, DIARRA B. a trouvé un résultat différent, avec 13,6%.
- ❖ Le type et la durée du traitement ont été spécifiés à la mère dans, respectivement 63% et 42%. Pour les informations données sur l'ordonnance, DIARRA B. avait trouvé 43,6%.
- ❖ Le rôle de l'examen complémentaire a été expliqué dans 10% des cas, contre 3,6% pour DIARRA B.

Ces situations peuvent s'expliquer par la mauvaise qualité de la communication, qui existe dans la relation médecin-patient au niveau de ces centres.

- ❖ Les références n'ont été demandées que chez 1,5% des enfants. Ce résultat est proche de celui de DIARRA B. qui avait trouvé 2,9%.

Cette faible fréquence des références peut être liée à la gravité moindre des pathologies diagnostiquées, ou à l'insistance des agents pour traiter tous les cas.

- ❖ Il ressort aussi de cette étude que les conseils, qu'ils soient d'ordre hygiénique, nutritionnel ou même vaccinal ; ont été très peu dispensés aux mères d'enfants malades. Nous avons trouvé un taux de 46,5%, contre 37,2% pour DIARRA B.
- ❖ La demande de contrôles était effective dans 31% des cas dans notre étude, sur cet ensemble 53,22% ont été demandé dans un délai inférieur à 7 jours ; celle de DIARRA B. avait trouvé 50% pour les demandes de contrôles.

#### **e. Profil des patients :**

Au cours de notre enquête, il est ressorti les caractéristiques suivantes pour les patients :

- ❖ La tranche d'âge 2-5 ans était la plus représentée (39,5%), suivi des nourrissons (inférieur à 2 ans : 35,5%), des grands enfants (5-10 ans : 20,5%) et des adolescents (supérieur à 10 ans : 4,5%).
- ❖ Le sex-ratio était de 1,12 en faveur du sexe masculin.
- ❖ Les 81,5% des patients se sont présentés sans carnet de santé à la consultation. Cela peut s'expliquer par le peu d'intérêt accordé par les agents au carnet de santé, pendant les consultations curatives.

## **2. Description des facteurs de blocage pour les agents et du niveau d'équipement des centres :**

### **a. Facteurs de blocage :**

- ❖ Au cours de notre étude, 60% des agents ont affirmé que leur centre était débordé. Quant aux raisons évoquées, l'insuffisance de personnel a été signalée le plus, soit 41% des cas. Le personnel n'arrive pas toujours à gérer la demande de consultation qui se fait de plus en plus croissante, surtout pendant certaines saisons.
- ❖ Par rapport aux difficultés diagnostiques, les raisons évoquées ont été surtout l'insuffisance de personnel qualifié et l'absence de laboratoires

pour les examens complémentaires, soit 40% pour chaque cas. Cela se traduit sur un point de vue qualitatif car, les agents sur place n'ont pas toujours les compétences requises pour poser certains diagnostics ; ou n'ont pas accès aux examens complémentaires nécessaires pour confirmer certaines hypothèses diagnostiques.

- ❖ Les difficultés thérapeutiques seraient liées aux recours tardifs aux soins, soit 50% ; et aux ordonnances non honorées, soit 30%. Ces situations peuvent s'expliquer par les habitudes d'automédication, de traitement traditionnel et la pauvreté des populations.
- ❖ La mauvaise observance est revenue comme étant la seule cause des difficultés de suivi et de traitement.
- ❖ Les rendez-vous non respectés ont été évoqués à hauteur de 66,66%, comme étant les principales raisons des difficultés de surveillance. Ceci peut s'expliquer par le fait que les parents ramènent rarement les enfants après une certaine rémission.
- ❖ Quant à la référence, 50% des agents affirment ne pas rencontrer de difficultés à ce niveau. Pour l'autre moitié ayant déploré ces difficultés, 25% affirment qu'elles étaient liées aux parents qui ne sont pas toujours disposés pour la référence, et 20% affirment que ces difficultés étaient liées à un manque de moyen de transport propre aux centres. Ces situations peuvent s'expliquer par la crainte des parents d'avoir à supporter des frais plus élevés dans un centre d'échelon supérieur et aussi par les ressources limitées de ces centres, ne pouvant donc pas se procurer d'ambulance.
- ❖ Dans 55% des centres, les références pédiatriques étaient faites à cause d'un manque de personnel qualifié. Ceci témoigne d'un besoin de formation des agents en matière de pédiatrie. Ce qui est revenu d'ailleurs dans la plupart des propositions des agents sur place.

Nous n'avons pas trouvé d'étude antérieure ayant pris en compte les difficultés et les facteurs de blocage pour les agents en matière de pédiatrie, afin de comparer nos données.

### **b. Niveau d'équipement des centres de santé :**

- ❖ Nous remarquons au terme de cette étude, que nos différents centres avaient un potentiel de mise en œuvre complet ; à l'exception d'un centre. Dans 55% des centres, il y avait un nombre d'agents compris entre 10 et 15 ; seulement un centre avait un nombre inférieur à 10 (9 agents). Ceci témoigne de la présence effective des infrastructures de base et des agents, du point de vue quantitatif.
- ❖ Cependant, bien que certains matériels (thermomètre, otoscope, abaisse langue, pèse-bébé, mètre-ruban, pèse personne), indispensables pour une bonne qualité de consultation pédiatrique soient souvent présents, ils n'ont pas été beaucoup utilisés ; ce qui pourrait considérablement affecter la qualité de la prise en charge, pour plusieurs raisons, entre autres : la fréquence des affections ORL et des accès fébrile chez les enfants, les différentes variations de dosage des médicaments selon le poids de l'enfant, l'importance du poids et du mètre-ruban (taille, PB, PC) dans le diagnostic et la surveillance des malnutritions, etc. DIARRA B., dans son étude, avait également remarqué l'absence de matériel adéquat complet pour la prise en charge pédiatrique.

### **3. Evaluation du niveau d'information et de satisfaction des mères :**

En considérant les mères comme un maillon essentiel de la relation triangulaire médecin-parent-enfant en matière de consultation pédiatrique, nous nous devons d'évaluer le niveau d'information de celles-ci par rapport à l'organisation de la pyramide sanitaire. Et aussi, d'évaluer leur degré de satisfaction sur les services au niveau des centres de premier niveau, puisque c'est là qu'elles sont sensées se rendre en première intention, en cas de maladie de leur enfant.

Dans ce domaine, il ressort de notre étude les résultats suivants :

- ❖ Selon la place du CSCOM dans la pyramide sanitaire, 57,5% des mères considèrent le CSCOM comme une structure de niveau inférieur (1<sup>er</sup> niveau). 41% des mères ignorent toute différence entre le CSCOM et les autres structures de santé. Ces résultats peuvent s'expliquer par le faible niveau d'information des mères lié, soit au

niveau intellectuel des populations, soit à la faible diffusion des informations sur l'organisation et l'utilisation du système de santé, ou à la qualité des messages contenus dans ces diffusions.

- ❖ Le CSCOM représente le premier choix pour 74,5% des mères pour les maladies pédiatriques.
- ❖ Quant aux critères de choix, il ressort de notre enquête que 77,5% des mères choisissent le CSCOM pour la proximité et 10,5% pour moindre frais.
- ❖ Accès : Les mères, dans leur grande majorité, ont trouvé facile l'accès du centre, soit 96%.
- ❖ Accueil : Il est capital pour la prise en charge du malade, car il permet d'instaurer une bonne relation de confiance entre le médecin et le malade, particulièrement en pédiatrie où la consultation fait intervenir la relation triangulaire (l'enfant-les parents-le médecin). Dans notre étude, il ressort que la qualité de l'accueil était bonne, selon les affirmations des mères, dans 66,5% des cas. L'étude menée par DIARRA B. l'avait trouvée bonne, à hauteur de 49,3% et celle de KONE A., à 82,9%. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que ces données sont basées sur des affirmations arbitraires.
- ❖ Le délai d'attente, avant la consultation, était court (inférieur à 1 heure), dans 90,5% des cas.
- ❖ Au cours de notre étude, les mères ont affirmé être satisfaites de la qualité des prestations, dans 86% des cas.

L'un des objectifs de la politique sectorielle de santé est l'extension de la couverture sanitaire, afin de rendre les services de santé accessibles aux populations, y compris celles appartenant aux catégories les plus durement frappées par la pauvreté.

Dans notre étude, nous avons recueilli les opinions des mères sur les frais des différentes prestations faites au niveau de nos centres. Il en est ressorti que :

- ❖ Le ticket de consultation a été payé par la quasi-totalité de nos patients, soit 96,5%. Ce qui témoigne du fait que dans tous nos centres, les consultations étaient subordonnées à la prise du ticket



- ❖ Le coût du ticket a été abordable pour 75% des mères.
- ❖ Quant au coût des médicaments, 89,28% des mères l'ont trouvé supportable.

Les principales charges, pour les mères, étant les frais de consultation et le coût des médicaments, nous pouvons, avec ces pourcentages, déduire que les coûts au niveau des CSCOM sont supportables.

Cependant, dans les causeries moins formelles, on peut s'apercevoir que ces taux de satisfaction par rapport aux prestations et par rapport aux frais, pourraient être moins élevés que dans nos résultats.

## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **1. Conclusion :**

De cette étude, nous retenons les résultats suivants :

- ❖ Seize (16) des vingt (20) prescripteurs étaient médecins, deux (2), des techniciens supérieurs de santé et deux (2), des infirmiers d'Etat.
- ❖ Seul un (1) agent avait fait une thèse de pédiatrie.
- ❖ Sept (7) des vingt (20) prescripteurs n'avaient pas fait de stage de pédiatrie pendant la formation.
- ❖ Quinze (15) des vingt (20) agents n'avaient pas fait la formation de PCIME.
- ❖ Douze (12) des vingt (20) prescripteurs s'informaient auprès des délégués médicaux pour la prescription pédiatrique.
- ❖ L'âge a été le paramètre de prescription pour treize (13) de nos agents.
- ❖ Vingt sept pourcent (27%) de nos patients ont consulté après une automédication et 16% après un traitement traditionnel.
- ❖ L'examen ORL, de l'appareil lymphoglandulaire, de l'appareil locomoteur et du système nerveux ont été faiblement exécutés, avec des fréquences respectives de 9%, 17%, 8,5% et 5,5%.
- ❖ Les examens complémentaires ont été très peu demandés, soit 17%.
- ❖ Le diagnostic n'a été communiqué que dans 56% des consultations.
- ❖ Le manque de personnel et d'examens complémentaires ont été les principales raisons des difficultés diagnostiques, soit 30% chaque cas.
- ❖ Le recours tardif aux soins a été la principale raison des difficultés thérapeutiques, soit 50%.
- ❖ Les difficultés de surveillance étaient liées aux rendez-vous non respectés dans la plupart des cas, soit 60%.
- ❖ Les parents étaient très souvent réticents à la demande de référence.
- ❖ Certains matériels (thermomètre, otoscope, abaisse langue, pèse personne), quasiment indispensables pour une consultation pédiatrique adéquate, n'ont pas été suffisamment utilisés.
- ❖ Les mères, dans 41% des cas, ignorent la place du CSCOM dans la pyramide sanitaire.

- ❖ La qualité de l'accueil offerte par les prestataires (selon les mères) était bonne dans 66,5% des cas.
- ❖ Les mères ont été satisfaites de la qualité des prestations dans leur grande majorité, soit 86%.
- ❖ Les mères ont trouvé le coût du ticket abordable, dans 75% des cas.
- ❖ Elles ont trouvé les frais d'ordonnance supportables dans 89,28% des cas.

Nous retenons que :

- Le personnel soignant a été majoritairement constitué de médecins. Malgré cet état de fait, ce personnel n'a pas toujours eu les compétences nécessaires en matière de pédiatrie compte tenu des éléments de la consultation et des paramètres de prescription.
- Cette défaillance dans la qualité de la prise en charge trouve ses origines dans une insuffisance de formation pédiatrique des agents d'une part, et d'autre part ; dans une inadéquation du plateau technique au niveau de ces centres.
- Les habitudes d'automédication, de traitement traditionnel, conduisant à un recours tardif aux soins et le non respect des rendez-vous, rendent la prise en charge complexe pour les agents.
- La fréquentation anarchique des structures de santé de la pyramide sanitaire, relève d'un problème de communication.

## **2. Recommandations :**

Aux termes de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **➤ Aux autorités administratives et sanitaires :**

- ❖ Assurer la formation en PCIME clinique de tous les prestataires chargés de la consultation des enfants par l'organisation des ateliers de formation afin de rendre cet outil plus utile.
- ❖ Tenir compte du matériel de consultation pédiatrique lors de la dotation initiale des CSCOM afin d'améliorer le plateau technique des CSCOM, dans le domaine de la prise en charge pédiatrique.
- ❖ Organiser régulièrement des forums de formation en pédiatrie, à l'intention des prestataires des centres de premier niveau pour permettre de les informer mieux sur l'évolution de la science pédiatrique.

### **➤ Aux médecins chefs des CSCOM et aux prescripteurs :**

- ❖ Veiller au renouvellement périodique du matériel pédiatrique.
- ❖ Veiller à l'utilisation régulière de ce matériel lors des consultations d'enfants afin de rendre les prises en charge plus complètes.
- ❖ Elaborer des protocoles de prise en charge des différentes pathologies rencontrées ; et afficher ces protocoles dans toutes les salles de consultation en vue d'une meilleure implication de tous les agents.
- ❖ Informer les mères après chaque examen d'enfant pour faciliter le suivi et la surveillance.
- ❖ Respecter les voies de référence selon l'organisation de la pyramide sanitaire pour un meilleur fonctionnement du système de santé.
- ❖ Diversifier leurs sources d'information et de restructuration en matière de pédiatrie afin d'assurer une remise à niveau régulière.

➤ **Aux parents :**

- ❖ Se rendre, en première intention, au CSCOM le plus proche en cas de maladie d'enfant pour permettre un éventuel désengorgement du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.
- ❖ Amener les enfants au CSCOM dès constat d'un symptôme gênant ou inhabituel en vue de faciliter la prise en charge par un diagnostic précoce.
- ❖ Respecter les indications des traitements institués et ramener les enfants pour contrôle afin d'optimiser les résultats des traitements.

## REFERENCES

### **1. Nouveau Larousse médical**

Enfance, édition 1981, 375 P.

### **2. Dr Jean Paul COHEN**

L'enfance de 1 mois à 6 ans, guide médical Nathan, Paris, 1979

### **3. A. DOMART**

Nouveau Larousse médical, Larousse, Paris, 1990

### **4. Robert VIAL**

Chronologie de l'histoire de la médecine, éditions Jean Paul Gisserot, Paris, 1995

### **5. Organisation Mondiale de la Santé**

Les nouveau-nés : on s'intéresse enfin à eux, 2005, 93 P., consulté le 8 octobre 2007

### **6. Nations Unies**

World population prospects, the 2004 révision

### **7. Nations Unies et UNICEF**

L'impact de la violence familiale sur les enfants, août 2006

### **8. UNICEF**

La situation des enfants dans le monde - Réduire la mortalité infantile, 2004

### **9. <http://www.tsr.ch/tsr/index.html>**

ARCTURIUS, les principales causes de mortalité dans le monde, mars 2005

### **10. [http://www.santetropicale.com/actualites100\\_2\\_10.html](http://www.santetropicale.com/actualites100_2_10.html)**

Andrew MANLEY, Santé des enfants : légère amélioration au Mali

### **11. Mamadou Kani KONATE, Bakary KANTÉ, Dr Fatoumata DJÈNÈPO**

Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali, étude de cas en milieu urbain et rural, septembre 2003

**12. Ministère de la Santé et des Personnes  
Agées**

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1995

**13. Direction Nationale de la Santé**

Système Local d'Information Sanitaire, 2006

**14. Abdel Karim KOUMARÉ, Karim SANGARÉ,  
Odette LAPLANTE, Slim HADDAD, Pierre  
FOURNIER, Maria Victoria ZUNZUNEGUI, Marta  
FELETTO**

Profil de la vaccination au Mali. Analyse des iniquités de couverture vaccinale, septembre 2005

**15. Mme TRAORE Fatoumata NAFO, Ministre de  
la Santé du Mali**

Communication - Symposium international santé et développement.  
Accès aux services de santé de base au Mali, enjeux et objectifs,  
défis et perspective, 2001

**16. BOURRILLON A.**

Guide de l'examen clinique pour le praticien, pédiatrie, 32<sup>ème</sup>  
édition, 96 P.

**17. OMS**

Manuel sur la PCIME, avril 2001

**18. DIARRA B.**

Connaissances, attitudes et pratiques sur les prescriptions  
pédiatriques dans dix centres de santé communautaires du district  
de Bamako.

Thèse médecine, Bamako 2007, N° 07-M-130 FMPOS

**19. DIAKITE D. N.**

Prescription médicamenteuse en pédiatrie (connaissances et  
savoir-faire des prescripteurs)

Thèse médecine, Bamako 1992, N°25 FMPOS

**20. HAMLADJI R. M.**

Précis de sémiologie, Alger 1990

**21. KONE A.**

Connaissances et attitudes pratiques des prestataires de soins aux enfants dans les centres de santé de référence des communes II, IV et V du district de Bamako.

Thèse médecine, Bamako 2006, FMPOS

**22. Ministère de la Santé / Direction Nationale de la Santé**

Enquête démographique et de santé IV (EDS IV-Mali), évolution de la mortalité au Mali 2006



# ***ANNEXES***

## **FICHE D'ENQUETE N° .....**

### **I. Identification des parents du malade :**

#### **➤ Père**

**1.** Nom :

**2.** Prénom :

**3.** Age :

- 1- Inférieur à 20 ans      2- Entre 20 et 30 ans  
3- Entre 30 et 40 ans      4- Supérieur à 40 ans  
5- Ignore

**4.** Ethnie :

**5.** Résidence :

**6.** Profession :

- 1- Salarié      2- Commerçant      3- Ouvrier  
4- Etudiant      5- Cultivateur      6- Chauffeur  
7- Eleveur

**7.** Niveau d'instruction :

- 1- Scolarisé niveau primaire  
2- Scolarisé niveau secondaire  
3- Scolarisé niveau supérieur      4- Non scolarisé

#### **➤ Mère**

**8.** Nom :

**9.** Prénom :

**10.** Age :

- 1- Inférieur à 20 ans      2- Entre 20 et 30 ans  
3- Entre 30 et 40 ans      4- Supérieur à 40 ans  
5- Ignore

**11.** Ethnie :

**12.** Résidence :

**13.** Profession :

- 1- Ménagère      2- Artisane      3- Salariée  
4- Petit commerce      5- Autre à préciser



- 11.** Depuis combien de temps l'enfant est-il malade (en jours)?  
1- Inférieur à 3 jours    2- Entre 3 et 7 jours  
3- Supérieur à 7 jours
- 12.** Qu'avez-vous fait avant de venir consulter dans ce service ?  
1- Rien (premier recours)    2-Traitement médical  
3- Automédication    4- Traitement traditionnel
- 13.** Motif de consultation :  
1- Fièvre    2- Diarrhée    3- Toux  
4- Douleur abdominale  
5- Gène respiratoire    6- Cris incessants  
7- Ballonnement abdominal    8- Refus de téter  
9- Céphalées  
10- Convulsion    11- Vomissement    12- Plaie, traumatisme, brûlure  
13- Autre à préciser
- 14.** La prise de température est-elle systématique ?  
1- Oui    2- Non
- 15.** Les enfants sont-ils pesés avant la consultation ?  
1- Oui    2- Non
- 16.** Si oui, par quelle méthode ?  
1- Pèse bébé    2- Pèse personne    3- Double pesé
- 17.** L'examen de l'enfant a été fait sur :  
1- Table de consultation    2- Genoux de la mère
- 18.** L'enfant a été examiné :  
1- Habillé    2- Déshabillé
- 19.** Le temps consacré à l'enfant était :  
1- Suffisant ( $\geq 15$ mn)    2- Insuffisant ( $< 15$ mn)
- 20.** Décision :  
1- Traitement institué    2- Référé    3- Autre à préciser
- 21.** Diagnostic posé : .....

**III. Niveau d'information et de satisfaction des parents :**

**1. Niveau d'information des parents :**

**1.1.** Connaissez-vous d'autres structures de santé en dehors du CSCOM?

1- Oui 2- Non

**1.2.** Si oui, les quelles ?

1- Hôpital 2- CSRef.

3- Dispensaire 4- Autre à préciser

**1.3.** Le CSCOM comparé à l'hôpital est une :

1- Structure majeure (cas compliqués, cas sérieux)

2- Structure identique 3- Ne sait pas 4- Structure mineure

**1.4.** Quel est selon vous le personnel du CSCOM ?

1- Médecin 2- Infirmier 3- Ne sait pas 4- Autre à préciser

**1.5.** Selon vous quel est le premier recours en cas de maladie infantile ?

1- Hôpital (pédiatrie) 2- CSCOM ou centre le plus proche

3- Ne sais pas

**1.6.** Quels sont vos critères de choix du CSCOM ?

1- Meilleur service qu'à l'hôpital 2- Proximité

3- Moindre frais qu'à l'hôpital 4- Autre à préciser

**1.7.** Quels sont les cas à diriger en pédiatrie ?

1- Cas sérieux, cas urgents 2- Tous les cas 3- Ignore

**2. Niveau de satisfaction des parents :**

**2.1.** Comment est l'accès du centre ?

1- Facile 2- Difficile

**2.2.** Comment était l'accueil à l'admission ?

1- Bon 2- Mauvais 3- Passable

**2.3.** Le délai d'attente était :

1- Court (inf. à 1 h) 2- Long (entre 1 et 2 h)

3-Très long (sup. à 2 h)

- 2.4.** L'agent de santé vous a-t-il salué ?  
1- Oui 2- Non
- 2.5.** Avez-vous reçu une chaise pour vous asseoir dans la salle de consultation ?  
1- Oui 2- Non
- 2.6.** L'agent de santé a-t-il posé des questions sur la maladie de l'enfant ?  
1- Oui 2- Non
- 2.7.** Vous a-t-on expliqué les gestes devant subir votre enfant ?  
1- Oui 2- Non
- 2.8.** Vous a-t-il demandé de faire des examens complémentaires ?  
1- Oui 2- Non
- 2.9.** Si oui, vous a-t-il expliqué l'utilité des examens complémentaires ?  
1- Oui 2- Non
- 2.10.** Vous a-t-il informé du diagnostic ?  
1- Oui 2- Non
- 2.11.** Avez-vous reçu une ordonnance ?  
1- Oui 2- Non
- 2.12.** Vous a-t-il expliqué la prise des médicaments ?  
1- Oui 2- Non
- 2.13.** Avez-vous été informé sur le type du traitement ?  
1- Oui 2- Non
- 2.14.** Avez-vous été informé sur la durée du traitement ?  
1- Oui 2- Non
- 2.15.** Avez-vous reçu des conseils de l'agent de santé ?  
1- Oui 2- Non
- 2.16.** Avez-vous reçu des explications de la part de l'agent de santé par rapport aux signes pour les quels vous devez revenir immédiatement ?  
1- Oui 2- Non
- 2.17.** Vous a-t-il demandé de revenir pour un contrôle ?  
1- Oui 2- Non

**2.18.** Si oui, dans quel délai ?

- 1- Inférieur à 7 jours
- 2- Entre 7 et 15 jours
- 3- Supérieur à 15 jours

**2.19.** Quels sont les critères d'échec thérapeutique selon vous ?

- 1-Persistance des symptômes
- 2-Aggravation des symptômes
- 3-Récidives précoces et fréquentes
- 4- Autre à préciser
- 5- Ignore

**2.20.** La fréquence des échecs thérapeutiques dans les CSCOM :

- 1- Supérieure qu'à l'hôpital
- 2- Inférieure qu'à l'hôpital
- 3- Similaire
- 4- Ignore

**2.21.** Etes-vous satisfait de la qualité de la consultation et de la prise en charge de votre enfant ?

- 1- Oui
- 2- Non

**2.22.** Vos critiques et suggestion pour l'amélioration des services

-----  
-----

#### **IV. Analyse des coûts :**

**1-** Avez-vous payé la consultation ?

- 1- Oui
- 2- Non

**2-** Si oui, combien ?

- 1- 1000 F
- 2- Plus

**3-** Que pensez-vous du coût des prestations ?

- 1- Supportable
- 2- Insupportable
- 3- Moyen

**4-** Combien avez-vous payé pour les médicaments de l'enfant?

**5-** Les frais d'ordonnance sont-ils supportables ?

- 1- Oui
- 2- Non

**6-** Les coûts (de façon globale) sont :

- 1- Moins chers qu'à l'hôpital      2- Plus chers qu'à l'hôpital  
3-Quasi-identiques      4- Ignore

**V. Evaluation du centre et du personnel :**

**1. Identification et évaluation du centre :**

- 1.1. Nom :  
1.2. Localisation :
  - Commune
  - Quartier1.3. Population cible :  
1.4. Potentiel de mise en œuvre :

1- Complet      2- Incomplet

1.5. Nombre de consultations par année (2006) :  
1.6. Nombre de consultations pédiatriques par année (2006) :  
1.7. Date d'ouverture du centre :  
1.8. Nombre d'agents travaillant dans le centre :

1- Inférieur à 8      2- Entre 8 et 16      3- Supérieur à 16

1.9. Disposez-vous de matériels suivants ?

**Matériel                      Existe Manque Utilisé N.utilisé N.fonctionnel**

- Bancs ou chaises -----
- Table de consultation -----
- Thermomètre -----
- Pèse bébé -----
- Mètre ruban -----
- Pèse-personne -----
- Stéthoscope -----
- Abaisses langue -----
- Autoscope -----
- Source lumineuse -----
- Négatoscope -----
- Tensiomètre pédiatrique -----
- Lampe chauffante -----
- Aspirateur -----
- Source d'oxygène -----

**1.10. Les parents ont-ils pris un ticket d'entrée ?**



1- Oui 2- Non

**1.11.** Y avait-il un numéro de rang sur le ticket ?

1- Oui 2- Non

**1.12.** L'ordre d'arrivée était-il expliqué dans la salle d'attente ?

1- Oui 2- Non

**1.13.** L'ordre d'arrivée est-il toujours respecté ?

1- Oui 2- Non

**1.14.** Les malades sont-ils triés ?

1- Oui 2- Non

**2. Identification et évaluation du prescripteur :**

**2.1.** Prénom et Nom de l'agent de santé :

**2.2.** Age :

1- Entre 25 et 30 ans 2- Entre 30 et 35 ans

3- Entre 35 et 40 ans 4- Entre 40 et 45 ans

5- Supérieur à 45 ans

**2.3.** Sexe :

1- Masculin 2- Féminin

**2.4.** Type d'agent :

1- Médecin 2- Interne 3- TSS

4- IDE 5- SF 6- Matrone 7- AS

**2.5.** Depuis combien de temps exercez-vous ?

1- Inférieur à 5ans 2- Entre 5 et 10 ans

3- Entre 10 et 15 ans 4- Supérieur à 15 ans

**2.6.** Depuis combien de temps exercez-vous dans cet établissement ?

1- Inférieur à 5ans 2- Entre 5 et 10 ans

3- Entre 10 et 15 ans 4- Supérieur à 15 ans

**2.7.** Avez-vous fait des stages en pédiatrie pendant votre formation ?

1- Oui 2- Non

**2.8.** Si oui, quelle était la durée :

- 1- Inférieure à 2 mois      2- Entre 2 et 6 mois  
3- Supérieure à 6 mois

**2.9.** Dans quel service avez-vous fait vos années de thèse ?

- 1- Médecine      2- Chirurgie      3- Gynécologie  
4- Pédiatrie

**2.10.** Avez-vous reçu des sessions de formation au cours de ces 3 dernières années ?

- 1- Oui      2- Non

**2.11.** Si oui :

<u>Théorique</u>	<u>Pratique</u>	<u>Durée</u>
------------------	-----------------	--------------

PCIME -----

Autre à préciser-----

**2.12.** Quelles sont vos sources d'information et de restructuration en matière de prescription pédiatrique ?

- 1- Vidal      2- Dictionnaire thérapeutique      3- Internet  
4- Délégués médicaux      5- EPU      6- Autre à préciser

**2.13.** Faites-vous les mensurations suivantes :

- 1- Taille      2- Périmètre crânien      3- Périmètre brachial  
4- Périmètre thoracique      5- Périmètre abdominal  
6- Autre à préciser      7- Non

**2.14.** Faites-vous les ordonnances en fonction :

- 1- Du poids      2- De l'âge      3- D'un standard enfant  
4- D'un standard enfant et grand enfant

**2.15.** Avez-vous souvent recours aux examens complémentaires ?

- 1- Oui      2- Non

**2.16.** Si oui, les quels ?

**2.17.** Consultez-vous le carnet de santé de l'enfant à chaque consultation ?

- 1- Oui      2- Non

**2.18.** Remplissez-vous le carnet après chaque consultation ?

- 1- Oui      2- Non

**2.19.** Pour quels motifs référez-vous les enfants ?

- 1- Manque de personnel qualifié    2- Manque de matériel  
3- Autre à préciser

**2.20.** Si référence est, où référez-vous ?

- 1- Pédiatrie HGT    2- CSRef. De la commune    3- Autre à préciser

## **VI. Evaluation des obstacles**

**1.** Vos capacités d'accueil sont-elles débordées ?

- 1- Oui    2- Non    3- Souvent

**2.** Si oui, quelles sont les raisons ?

- 1- Manque de personnel    2- Manque de salle  
3- Autre à préciser

**3.** Avez-vous souvent des difficultés de diagnostic ?

- 1- Oui    2- Non

**4.** Si oui, quelles sont les raisons ?

- 1- Non disponibilité de ressources humaines  
2- Non disponibilité de matériel    3- Non disponibilité des examens complémentaires    4- Autre à préciser

**5.** Avez-vous souvent des difficultés thérapeutiques ?

- 1- Oui    2- Non

**6.** Si oui, quelles sont les raisons ?

- 1- Recours tardif aux soins    2- Non disponibilité des médicaments

3- Ordonnances non honorées, parents démunis

4- Autre à préciser

**7.** Avez-vous des difficultés pour le suivi et la surveillance du traitement ?

- 1- Oui    2- Non    3- Souvent

**8.** Si oui, quelles sont les raisons ?

- 1- Mauvaise observance  
2- Mères illettrées (difficultés à comprendre les prescriptions)    3- Autre à préciser

**9.** Avez-vous des difficultés pour la surveillance de la maladie ?

1- Oui    2- Non    3- Souvent

**10.** Si oui, quelles sont les raisons ?

1- Carnet de santé de l'enfant non disponible

2- Rendez-vous non respectés    3- Autre à préciser

**11.** Avez-vous des difficultés en cas de référence ?

1- Oui    2- Non

**12.** Si oui, quelles sont les raisons ?

1- Manque de moyens de transport    2- Parents non disposés

3- Autre à préciser

**13.** Avez-vous d'autres ordres de difficultés

-----  
-----

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom : TRAORE**

**Prénom : Papa Oumar**

**Titre : Caractéristiques de la prise en charge pédiatrique dans 20 CSCOM du district de Bamako.**

**Année de soutenance : 2008 - 2009**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Pays d'origine : MALI**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS. BP : 1805 Bamako-MALI**

**Secteur d'intérêt : Pédiatrie, Santé Publique**

### **RESUME :**

Notre étude relative aux caractéristiques de la prise en charge pédiatrique dans les CSCOM, des communes I, IV, V et VI du district de Bamako, s'est déroulée dans 20 centres. Elle s'est déroulée sur une période de quatre (4) mois, allant du 29 juin au 30 octobre 2007. Ont participé à cette étude, 20 prescripteurs et 200 mères. Nous pouvons retenir de cette étude que :

Dans la plus part de nos centres, les matériels, quasi-indispensables, pour la meilleure qualité de la consultation pédiatrique, n'ont pas été suffisamment utilisés. Pèse-bébé : 20% des centres, abaisse-langue : 30% des centres, otoscope : 30% des centres, thermomètre : 55% des centres, mètre-ruban : 20%.

Nos agents dans leur grande majorité n'avaient pas fait de formation en PCIME (15/20). Sur 20 agents, 7 n'avaient pas fait de stage de pédiatrie. Certains actes ne faisaient pas parti de la routine des examinateurs, tels que : les examens ORL, des aires ganglionnaires, de l'appareil locomoteur et du système nerveux. La communication dans la relation médecin-patient (dans notre cadre médecin-mère) était très faible à ces niveaux. Selon les agents, les difficultés rencontrées dans la consultation étaient surtout liées au manque de personnel qualifié et d'examens complémentaires.

Une grande partie des mères ignorent la place du CSCOM dans la pyramide sanitaire, 41%. Elles ont été majoritairement satisfaites de la qualité des prestations. Elles ont trouvé les coûts des prestations (coût des tickets, coût des médicaments) accessibles.

**MOTS CLES :** Centre de Santé Communautaire, prise en charge pédiatrique

## **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 donnerai les 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 partie politique 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**JE LE JURE !!!**