

**Ministère de l'Education Nationale
l'Enseignement Supérieure et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2020 – 2021

N° 43

THESE

**IMPLICATION DES AGENTS DE SANTE
COMMUNAUTAIRE
DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION
AIGUE MODEREE CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS
DANS LE CSCOM DE YIRIMADIO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/05/2021, devant la
faculté de médecine et d'odontostomatologie :

Par M. Daouda Seydou DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Hamadou SANGHO
Membre : Docteur Salia KEITA
Co-directeur : Docteur Cheick Abou COULIBALY
Directeur : Professeur Cheick Oumar BAGAYOKO



**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

A Dieu,

Le Tout Puissant, Omnipotent, Clément et Miséricordieux pour m'avoir donné la force nécessaire et le courage pour la réalisation de ce modeste travail.

A la mémoire de mon père : Feu Seydou DEMBELE, paix à ton âme. Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que tu as consenti de ton vivant. En effet, tu as été pour moi un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice sociale. Puisses ce travail m'offre l'occasion de me rendre digne de tes conseils et d'honorer ta mémoire. Que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

A ma mère : Sanata DEMBELE

Maman chérie, ce modeste travail est le résultat de tes prières, de tes bénédictions et de ton amour infini pour moi. Tu as toujours été là quand j'ai eu besoin de toi, au moment où le découragement faisait surface malgré toute cette distance qui nous séparait. Tes mots justes, toujours à leur place m'ont permis de garder l'espoir, je ne peux que te dire merci. Ce que je suis aujourd'hui n'est que la récolte de ta semence. Tu es un amour, un modèle, une assurance et une merveille. Longue vie à toi Maman.

REMERCIEMENTS

La présentation de ce modeste travail m'offre l'occasion d'adresser mes sincères remerciements :

A L'ensemble du corps professoral de la faculté médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement.

A tous mes maitres de la fondamentale à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie, merci d'avoir partagé votre savoir-faire et savoir être avec moi.

A mes frères et sœurs : Adama, Aminata, Kadia, Chaka, Moussa, Maimouna

Je n'exprimerai jamais assez tout l'amour que je ressens pour vous. Vous êtes et vous serez toujours mes premiers compagnons pour la vie. Je vous souhaite beaucoup de courage et de chance dans la vie pour qu'ensemble nous puissions faire la fierté de Papa et Maman.

A mes amis : Dr Seydina BAYOGO, Dr Amadou Fodé DIARRA, M. Bréhima DIARRA, Dr Marc KONE, Dr Adama GOITA, Dr Kalidou KONE, Sergent-chef Mamoutou COULIBALY, M. Issa SAO, M.Issa TOULEMA
merci pour les conseils.

A mon épouse : Mariam BA

Ton sens de respect pour ton prochain, ta tolérance, ta sagesse, la bonté de ton cœur et ton sens de l'humour à toute épreuve force mon admiration pour toi. Tes conseils, ton amour, ta patience, et surtout ta compréhension m'ont été indispensables pendant la durée de cette formation.

A la famille BAGAYOGO du point G

A la famille Sinè NIAMBELE de Ségou ;

A Dr Cheick Abou COULIBALY et Dr Hamed DIALLO, chers maitres les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance à l'immense effort que

vous avez déployé pour la réalisation de ce travail, veuillez trouver ici chers maitres l'assurance de ma profonde gratitude.

Au DTC du CSCOM de Yirimadio Dr Ibrahim CISSE et à l'ensemble du personnel du CSCOM de Yirimadio, la promptitude avec laquelle vous m'avez accueilli dans votre service m'a énormément marqué, sans votre aide il serait difficile de réaliser ce travail. Recevez ici mes sincères remerciements.

A tout le personnel de l'ONG « MUSO » à travers Dr Djoumé DIAKITE et Dr Mariam CISSE avec une mention à M. Seydou SIDIBE et tous les superviseurs de proximité, vous avez été d'une aide inestimable dans la mise en contact avec les ASC, soyez-en remerciés.

A tous les agents de santé communautaire de Yirimadio ainsi que les mères et gardiennes ayant accepté de participer à notre étude sans vous il nous serait impossible de réaliser ce travail. Je vous suis entièrement reconnaissant.

Au personnel de l'URENI du CSCOM de Yirimadio.

Aux autorités coutumières de Yirimadio à travers le chef de village (M. Ton DIARRA) merci de m'avoir accueilli dans votre village.

A Tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR Hamadoun SANGHO

- ❖ *Professeur Titulaire en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;*
- ❖ *Ancien Directeur Général du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;*
- ❖ *Chef du Département des Études et de la Recherche en Santé Publique et Spécialités ;*
- ❖ *Enseignant chercheur à la FMOS ;*
- ❖ *Chevalier de l'ordre national du Mali.*

Cher maître ;

Vous nous avez fait un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un modèle à suivre.

Nous avons été très sensible à votre gentillesse, votre modestie et à l'amabilité de votre accueil. Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance, notre haute considération et notre grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR SALIA KEITA

- ❖ *Diplôme d'Etude Spécialisée en Santé publique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès Maroc de l'Université Sidi Mohammed ben Abdallah*
- ❖ *Master 2 en Action de Santé Publique à l'Université Claude Bernard Lyon1 en France.*
- ❖ *Maître-assistant à USTTB, DER de Santé publique*

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans le jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités intellectuelles, votre générosité et votre ouverture d'esprit font de vous une personne appréciée de tous.

Recevez ici cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Cheick Abou COULIBALY

- ❖ *Médecin de Santé Publique ;*
- ❖ *Spécialiste en Epidémiologie ;*
- ❖ *Maître Assistant à la FMOS, DER Santé Publique*

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Vos conseils et vos critiques ont beaucoup contribué à la qualité de cette œuvre scientifique.

Votre rigueur dans le travail, votre sens élevé du devoir et votre abord facile ont forcé notre admiration.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR CHEICK OUMAR BAGAYOKO

- ❖ *Maître de conférences agrégé en Informatique Médicale ;*
- ❖ *Ph-D en Informatique médicale de l'Université d'Aix Marseille II ;*
- ❖ *Enseignant-chercheur en Informatique Médicale aux Universités de Genève, d'Aix Marseille II et de Bamako ;*
- ❖ *Coordinateur du Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT) ;*
- ❖ *Représentant de la fondation Health On the Net (HON) pour l'Afrique francophone ;*
- ❖ *Premier Lauréat du prix RFI Challenge App Afrique ;*
- ❖ *Directeur du Centre d'Expertise et de Recherche en Télémédecine et E-Santé (CERTES) ;*
- ❖ *Directeur du centre d'innovation et de santé digitale à l'USTTB ;*
- ❖ *Médaille du mérite militaire.*

Cher maître,

Nous pouvons nous glorifier d'avoir été un de vos nombreux élèves.

La spontanéité avec laquelle vous êtes investis dans l'amélioration de la qualité de ce travail, nous a beaucoup marqué. Nous avons également été comblée par vos qualités humaines, par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualités font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Chère Maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASC	: Agent de S anté C ommunautaire
ASPE	: Aliment de S upplément P rès à l' E mplacement
ATPE	: Aliment T hérapeutique P rès à l' E mplacement
CSCOM	: Centre de S anté C ommunautaire
CSREF	: Centre de S anté de R éférence
DRS	: Direction R égionale de la S anté
FE/FA	: Femme E nceinte/ F emme A llaitante
GSAN	: Groupe de S outien aux A ctivités N utritionnelles
IMC	: Indice de M asse C orporelle
MAG	: M alnutrition A igüe G lobale
MAM	: M alnutrition A igüe M odérée
MAS	: M alnutrition A igüe S évère
OMS	: Organisation M ondiale de la S anté
ONG	: Organisation N on G ouvernementale
PB	: Périmètre B rachial
PCIMA	: P rise en C harge I ntégrée de la M alnutrition A igüe
PCMA	: P rise en charge C ommunautaire de la M alnutrition A igüe
PEC	: P rise E n C harge
RND	: R esponsable N utrition de D istrict
URENAM	: Unité de R écupération et d' E ducation N utritionnelle Ambulatoire M odérée
URENAS	: Unité de R écupération et d' E ducation N utritionnelle Ambulatoire S évère
URENI	: Unité de R écupération et d' E ducation N utritionnelle I ntensive

LISTES DES TABLES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des ASC selon leurs caractéristiques sociodémographiques	32
Tableau II : Répartition des ASC en fonction du nombre d'années d'expérience.	33
Tableau III : Répartition des ASC selon leur connaissance des formes de la malnutrition...	33
Tableau IV : Répartition des ASC en fonction de leur connaissance des causes de la malnutrition.....	34
Tableau V : Répartition des ASC en fonction du temps écoulé depuis leur dernière formation sur la prise en charge de la malnutrition.	35
Tableau VI : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les critères de non-réponse au traitement.....	36
Tableau VII : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les causes de non réponse au traitement.....	37
Tableau VIII : Répartition des ASC selon la supervision.....	37
Tableau IX : Répartition des ASC Selon les outils de dépistage de la MAM	38
Tableau X : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les critères de diagnostic, le traitement et le suivi des enfants souffrant de la malnutrition aigüe modérée (MAM).....	38
Tableau XI : Répartition des ASC en fonction des critères de guérison.....	39
Tableau XII : Répartition des ASC en fonction de leurs attitudes face aux cas d'abandon. ...	39
Tableau XIII : Répartition des ASC selon le moyen de retro-information.....	40
Tableau XIV : Répartition des ASC selon la qualité de l'accueil et de l'abord des malades ..	40
Tableau XV : Répartition des ASC selon la technique de dépistage de la malnutrition par les ASC.	41
Tableau XVI : Répartition des ASC selon leur attitude au cours du dépistage	41
Tableau XVII : Répartition des prestataires selon leur opinion sur l'approche ASC à Yirimadio	42
Tableau XVIII : Répartition des mères/gardiennes d'enfants en fonction de leur niveau de scolarité.....	43
Tableau XIX : Opinion des bénéficiaires (mères /gardiennes) sur l'intervention des ASC....	44

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. OBJECTIFS	5
1.1. OBJECTIF GENERAL	5
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	5
2. GENERALITES.....	7
2.1. LA MALNUTRITION	7
2.1.1. Définition.....	7
2.1.2. LES CAUSES DE LA MALNUTRITION	7
2.1.3. Les conséquences de la malnutrition.....	8
2.1.4. Prise en charge communautaire (8).....	10
2.1.5. Suivi de l'état nutritionnel.....	15
2.1.6. Echec de réponse au traitement.....	15
2.1.7. Critères et types de sortie	16
2.1.8. Après la sortie.....	16
2.1.9. Recherche active des cas, référence pour traitement, suivi et séance d'éducation .	17
2.1.10. ACTIONS COMMUNAUTAIRES.....	21
2.2 PRESENTATION DE L'ONG « MUSO ».....	23
2.2.1. La vision de l'ONG « MUSO ».....	23
2.2.2. La mission de l'ONG « MUSO » :	23
2.2.3. Les composantes de la stratégie d'intervention de l'ONG « MUSO ».....	24
3. METHODOLOGIE.....	26
3.1. LE CADRE DE L'ETUDE (10).....	26
3.2. TYPE DE L'ETUDE	27
3.3. PERIODE D'ETUDE.....	27
3.4. POPULATION D'ETUDE.....	27
3.5. ECHANTILLONNAGE	28
3.6. COLLECTE DES DONNEES.....	28
3.7. ANALYSE DES DONNEES	29
3.7.1. Les variables.....	29
3.7.2. Outils d'analyse des données.....	30
3.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	30
4. RESULTATS.....	32
4.1. LA QUALITE DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAM CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS PAR LES ASC.....	32
4.2. LA STRATEGIE DE DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAM PAR LES ASC	38
4.3. NIVEAU DE LA COLLABORATION DU PERSONNEL DU CSCOM AVEC LES ASC DANS LA PRISE EN CHARGE DE MAM.	42
4.4. LA PERCEPTION DES BENEFICIAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE PAR DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	43
5. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	46
5.1. LA QUALITE DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAM CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS PAR LES ASC.....	46
5.2. LA STRATEGIE DE DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE MODEREE	47
5.3. NIVEAU DE COLLABORATION DU PERSONNEL CSCOM AVEC LES ASC DANS LA PRISE EN CHARGE DE MAM.	49
5.4. LA PERCEPTION DES BENEFICIAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE PAR DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	49

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	53
CONCLUSION.....	53
RECOMMANDATION.....	54
7. REFERENCES	56
ANNEXE	59
FICHES D'ENQUETE.....	59
FICHE SIGNALITIQUE.....	65
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	66
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	66

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La malnutrition est un état pathologique résultant de la carence ou l'excès relatif ou absolu d'un ou plusieurs nutriments essentiels que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométrique où physiologiques (1). La malnutrition par carence est la plus fréquente dans les pays en développement dont le Mali.

La malnutrition aiguë constitue un énorme fardeau mondial en termes de morbidité et de mortalité chez les enfants. En 2011, environ 52 millions d'enfants étaient émaciés et 19 millions très émaciés, entraînant chaque année près d'un million de décès d'enfants qui auraient pu être évités. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont neuf fois plus susceptibles de mourir que les enfants en bonne santé et les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) le sont trois fois plus (2).

En 2013, 45 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde étaient dus à la dénutrition (3).

Au Mali, selon l'enquête MICS en 2010, la prévalence de la malnutrition aiguë modérée était de 18,9% et la malnutrition aiguë sévère de 5,3% chez les enfants de 6 à 59 mois (1).

Il existe deux types de dépistage de la malnutrition, le dépistage passif dans les structures de santé et le dépistage actif dans la communauté par des agents de santé communautaire (ASC). L'agent de santé communautaire (ASC) : c'est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé (4). Il est chargé de délivrer des conseils et des soins au niveau des ménages.

L'avènement des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) et l'arrivée des ASC ont facilité la prise en charge de la malnutrition. La malnutrition aiguë modérée (MAM), chez les enfants de 6-59 mois est définie par un indice poids-taille ou Z-score supérieur ou égal à -3 écarts types et inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane de référence définie par l'OMS en 2006, ou par un périmètre brachial supérieur ou égal à 115 mm et inférieur

à 125 mm (2). La prise en charge de la MAM constitue généralement une réponse à une situation d'urgence mise en œuvre en soins ambulatoires ou au sein de structures communautaires par les ASC à travers un paquet minimum d'activité dont ils disposent (2).

L'accès à la nourriture à Bamako est essentiellement monétisé : l'agriculture, la pêche et l'élevage sont peu développés. Le secteur tertiaire est le plus développé, notamment l'artisanat et le commerce. Comme de nombreuses grandes villes africaines, Bamako compte une large part de sa population vivant dans des conditions précaires avec un accès restreint aux services de base (5).

La commune VI est la plus vaste et la plus peuplée du district de Bamako, et aussi une des plus pauvres. Elle est constituée de dix quartiers et sa population était estimée de 578 269 habitants en 2014, avec une croissance annuelle de 7%. Cette commune a été progressivement peuplée au fil des années par des migrants issus de groupes ethniques variés et par sa position géographique (à l'entrée de la capitale sur la route de Ségou et de Sikasso) la prédestine à recevoir un flux important d'étrangers qui fournit la main d'œuvre non qualifiée travaillant dans l'agriculture, les travaux publics ou le service domestique (5).

La précarité économique des ménages se caractérise par la pratique de micro-activités (petit artisanat, revente, recyclage, la main d'œuvre, collecte de gravats, petit maraîchage, etc.), permettant des rentrées d'argent irrégulières et faibles. Ce manque de liquidité et cette vie du jour au jour, obligent les ménages aux achats en détail (donc plus cher) et restreint leur accès aux services de base (5).

Yirimadio constitue l'une des plus grandes aires de santé de la commune VI, caractérisée par une plus faible densité de population par endroit (très dispersées et isolées, séparation par champs, jardins, maison en construction ou inhabitées, collines, etc.), quartiers moins structurés avec peu de service. Sur cette zone les contraintes du milieu urbain (anonymat, faible disponibilité des mères, etc.) s'ajoutent donc des problématiques rencontrées plus souvent en milieu rurale (5). De telle condition de vie

impose la population à une alimentation inadéquate pouvant aboutir à une malnutrition. La malnutrition aigüe modérée passe le plus souvent inaperçu du fait de l'absence de signes d'alerte évidents.

Pour se faire, il paraît nécessaire d'anticiper ses effets par un dépistage actif et une prise en charge communautaire, à travers les agents de santé communautaire, initiés par l'ASACROYIR en partenariat avec l'ONG « MUSO » depuis 2008 dans le but de promouvoir l'accès rapide et universel aux soins sans frais au profit de la population de Yirimadio.

Ce qui nous a amené à nous poser les questions suivantes :

Quel est l'apport des agents de santé communautaire (ASC) dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio ?

Quel est le degré de collaboration des ASC avec le personnel socio-sanitaire de Yirimadio ?

Comment est perçue l'intervention des ASC par la communauté de Yirimadio ?

C'est dans le souci d'avoir des réponses à ces questions que nous nous sommes proposé d'évaluer l'implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio.

Hypothèse de recherche :

L'intervention des agents de santé communautaire a joué sa partition dans la diminution de la prévalence de la malnutrition aigüe modérée dans l'aire de santé de Yirimadio.

OBJECTIFS

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif général

Evaluer l'implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio.

1.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois par les ASC à Yirimadio ;
2. Décrire la stratégie de dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois à Yirimadio ;
3. Apprécier le niveau de collaboration du personnel CSCOM avec les ASC dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio ;
4. Mesurer la perception des bénéficiaires sur la prise en charge par des agents de santé communautaire (mères et gardiennes d'enfants).

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. La malnutrition

2.1.1. Définition

La malnutrition est un état pathologique résultant de la carence ou l'excès relatif ou absolu d'un ou plusieurs nutriments essentiels que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques où physiologiques (1).

Tableau : Critères anthropométriques de l'OMS pour la MAM et de la MAS pour les enfants de 0 à 5 ans (6)

Critères	MAM	MAS
Rapport poids-taille	$\geq 70\%$ et $< 80\%$ Entre ≥ -3 et $< -2SD$	$< 70\%$ ou $< -3SD$
Périmètre brachial (PB)	$< 125\text{mm}$	$< 115\text{ mm}$
Œdème bilatéral	Absent	Présent ou absent

SD : Dérivation Standard

2.1.2. Les causes de la malnutrition

Il est important de comprendre les causes de la malnutrition pour apprécier l'ampleur et la profondeur du problème, les progrès déjà accomplis et les possibilités de progrès futurs. Les causes de la malnutrition sont :

- ❖ **Causes immédiates** : Maladies telles que les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales, le paludisme, les infections respiratoires aiguës ainsi que le VIH/SIDA, la tuberculose constitue des causes immédiates de la malnutrition (7).
- ❖ **Cause sous-jacentes** : L'insécurité alimentaire des ménages : problèmes de disponibilité (sécheresse, inondation, famine, période de soudure, réfugiés et déplacés), d'accessibilité (financière et géographique) alimentaire et d'utilisation adéquate (combinaison, conservation, préparation, manipulation, etc.) des aliments ; Maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement : maladies diarrhéiques,

paludisme, parasitoses intestinales ; Insuffisance de la qualité du suivi de la croissance de l'enfant (7).

❖ **Causes fondamentales :**

- **La pauvreté** : 33% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté alimentaire selon la deuxième Enquête sur les Conditions de Vie en milieu rural (ECVR2) (7).
- **Faible niveau d'éducation** : le faible taux de scolarisation et d'alphabétisation de la population. Les croyances et pratiques alimentaires et nutritionnelles inappropriées : interdits alimentaires, sevrage mal conduit (7).

2.1.3. Les conséquences de la malnutrition

La malnutrition paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur faculté intellectuelle, diminue leurs motivations et sape leur productivité. La malnutrition chez les enfants augmente les décès, provoque de grandes souffrances physiques et psychologiques, est la conséquence des retards de croissance, et diminue leur espérance de vie, une fois adultes. Chaque année, la malnutrition est à l'origine de la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans. Le risque de décès est particulièrement élevé chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère, il peut être de 20 fois supérieur à celui des enfants en bonne santé. La malnutrition affaiblit le système immunitaire, rend l'enfant vulnérable à la maladie et freine la guérison. Un enfant malade peut à son tour souffrir rapidement de malnutrition. La malnutrition dont la prise en charge chez un enfant a trop tardé, provoque des handicaps dans son développement à long terme (7).

2.1.3.1. Carence en micronutriments

- **En iode** : elles entraînent de graves troubles mentaux ou physiques : le goitre, les troubles du langage, la surdité, le crétinisme. Les effets les plus néfastes se produisent sur le cerveau du fœtus et des enfants, elles augmentent aussi le risque de mortalité infantile et les fausses couches. 38 millions de nouveau-nés dans le monde en

développement ne sont pas protégés. Il suffit d'une cuillère à café d'iode – consommée régulièrement – pour prévenir les troubles dus à la carence en iode.

- **En fer** : elles sont responsables des cas d'anémie mortelle entraînant une baisse de la productivité. 4 à 5 milliards de personnes en sont atteintes. Ce sont les femmes et les jeunes enfants qui sont les plus vulnérables. L'anémie accroît le risque d'hémorragie et de septicémie (infection bactériale grave) pendant l'accouchement et intervient dans 20% des décès maternels. Le manque de fer met en danger le développement mental de 40 à 60% des nourrissons du monde en développement (7).
- **En vitamine A** : elles peuvent entraîner la cécité ou l'affaiblissement du système immunitaire. Plus de 100 millions d'enfants en souffrent et ne peuvent pas être protégés de maladies comme la rougeole, la diarrhée ou les infections respiratoires.

2.1.3.2. Conséquences de la malnutrition

Accroître la consommation de vitamine A peut réduire de 25 % le taux de mortalité infantile liée à ces maladies, contribue également à prévenir la mortalité maternelle et peut réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les effets les plus dévastateurs de la malnutrition se produisent avant la naissance lorsque le fœtus ne peut pas se développer correctement et pendant les premières années de la vie d'un enfant, lorsque son développement physique et mental est freiné.

2.1.3.3. Conséquences de la malnutrition sur l'économie :

Globalement, les résultats du Mali montrent qu'environ 265,531 milliards de FCFA, soit 450,9 millions de dollars ont été perdus au cours de l'année 2013 suite aux conséquences de la sous-nutrition chez l'enfant. Ceci est équivalent à 4,06 % du PIB. Ce coût est essentiellement dû à la perte des capacités productives du fait de la mortalité supplémentaire induite par la malnutrition soit 3,05 % du PIB. En outre, le poids de cette sous-nutrition

sur les secteurs de la santé (0,15% du PIB) et de l'éducation (0,16 % du PIB) représente de lourds fardeaux pour les ménages et le système public.

2.1.3.4. Conséquences sur l'éducation

La scolarisation menacée. Un enfant malnutri ne peut pas aller à l'école, il n'en a pas la force. Ses facultés intellectuelles sont diminuées. D'autres causes apparaissent aussi : Par exemple, la fréquentation scolaire a toujours été extrêmement faible chez les familles de nomades et beaucoup d'enfants qui fréquentaient l'école avant que leur bétail ne meure l'ont quittée car ils ne peuvent plus payer les uniformes ou les stylos. Dans la province nord-est du Kenya, 4 484 enfants ne pouvaient plus aller en classe car 27 écoles primaires ont fermé, leurs puits étant asséchés. En Somalie, une récente enquête a montré que près de 60% des écoles primaires ont fermé à cause de la sécheresse et que beaucoup d'enseignants des écoles restées ouvertes n'étaient pas payés.

2.1.4. Prise en charge communautaire (8)

2.1.4.1. Objectif de la prise en charge

L'objectif de la récupération nutritionnelle en URENAM est de corriger la malnutrition aiguë modérée chez les groupes cibles vulnérables :

- ❖ Enfants de 6 à 59 mois ;
- ❖ Femmes enceintes ;
- ❖ Femmes allaitant un enfant de moins de 6 mois ;
- ❖ Personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- ❖ Tuberculeux.

2.1.4.2. Organisation et outils de la prise en charge

- ❖ La **Prise en Charge** est assurée au niveau communautaire par les ASC et au niveau des structures de santé par le personnel soignant selon les critères d'admission.
- ❖ Les **outils et supports** suivants sont nécessaires pour les activités de prise en charge de la MAM :

- ✦ Registres de surveillance nutritionnelle pour femmes enceintes, allaitantes et enfants de moins de 5 ans ;
- ✦ Fiche de gestion des intrants ;
- ✦ Tables de mesures anthropométriques (P/T : Table Z-score, Table NCHS, IMC) ;
- ✦ Canevas de rapport mensuel ;
- ✦ Balance mère-enfant ;
- ✦ Toise de SHORR ;
- ✦ Bande de Shakir (enfants et adultes).

2.1.4.3. Critères d'admission

Tableau : Critères d'admission en URENAM

Classe d'âge et catégories	Critères d'admission
6 à 59 mois	P/t ≥ -3 et < -2 z-score (table uni sexe OMS ₂₀₀₆ ¹² PB ≥ 115 et < 125 mm Absence d'œdèmes
> 59 mois	P/t ≥ 70 et < 80 % (selon le NCHS) IMC ≥ 16 et $< 18,5$ (oms 2014) Absence d'œdèmes
Femmes enceintes de 3 mois et plus	PB < 230 mm
Femmes allaitant un enfant de moins de 6 mois	PB < 230 mm
Personnes vivant avec le VIH et/ou tuberculeux	≥ 16 et $< 18,5$ avec perte récente de poids ou PB ≥ 180 et < 230 mm avec perte de poids récente.
Ex MAS	Déchargés guéris en URENAS/URENI pour consolidation.

2.1.4.4. Traitement nutritionnel

Pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, nous devons de plus en plus mettre l'accent sur la promotion et l'utilisation des produits locaux.

Type de rations

Les aliments de supplémentation utilisés en URENAM sont à base de :

Farines industrielles améliorées en complexes minéralo-vitaminiques répondant aux normes internationales (Supercéréral plus = CSB++, Supercéréral = CSB+),

Farines locales enrichies.

Aliments Supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) : Pâte à base de lipides (Exemple, « Supplementary Plumpy » ou PlumpySup).

Composition de la ration

Les bénéficiaires de l'URENAM reçoivent un supplément :

En ration sèche (à emporter à la maison) qui doit apporter 1000 à 1500 kcal/bénéficiaire/jour.

Cette ration sera équilibrée de sorte que les 1000 à 1500 kcal proviennent de :

- ❖ 10 à 15 % de protéines
- ❖ 30 à 35% de lipides
- ❖ 50 à 55 % de glucides

La date d'expiration des aliments de suppléments enrichis fournis doit être connue, l'étiquetage des produits doit être lisible et conforme aux normes internationales.

Tableau : Tableau de ration à base de Supercéréral plus pour les enfants malnutris aigus modérés de 6 – 59 mois

Aliments	Quantité			Composition nutritionnelle
	G/PERS/JOUR	G/PERS/SEMAINE	KG/PERS/2 SEMAINES	Energie (Kcal/PERS/JOUR)
Super céréale + plus	200	1400	2,8	840
Total	200	1400	2,8	840

En l'absence de Supercéréral plus, de Supercéréral et de farine locale enrichie, on peut utiliser des mélanges locaux à base de mil, de niébé,

d'huile et de sucre. Ces mélanges locaux doivent être enrichis avec de la poudre de micronutriments spécialement prévue pour cet usage.

Tableau : Farines à base de produits locaux

ALIMENTS	QUANTITÉ			COMPOSITION NUTRITIONNELLE		
	G/PERS /JOUR	G/PE RS/ SEMA INE	KG/PER S/2 SEMAINE S	ENERG IE (KCAL /PERS / JOUR)	PROT ÉINE (G/ PERS JOUR)	LIPIDE (G/PERS/ JOUR)
MIL	200	1400	2.8	708	11,6	3,4
NIEBE	90	630	1,26	246	21,2	1,3
HUILE	25	175	0,35	225	0	25
SUCRE	10	70	0.14	40	0	21,9
TOTAL	325	2275	4,45	1219	32,8	29,6
%					10,8	21,9

Les ASPE à base de pâte de Lipides : (se référer au dosage spécifique pour chaque produit).

Exemple le PLUMPY SUP : Ration pour le traitement des enfants de 6-59 mois malnutris modérés : 1sachet

T = 100g apporte 543kcal/jour ;

Composition : Le Produit est composé de matières grasses végétales (apportant des acides gras essentiels), de sucre, de pâte d'arachide, de protéines de soja, de maltodextrine et de lactosérum, le tout enrichi par un complexe minéralo-vitaminiques.

Organisation de la dotation en ration sèche

Mélanger préalablement la farine, Supercéréral et l'huile, ou le mélange mil-niébé-huile sucre pour former un PREMIX, avant de le remettre à la mère ou à l'accompagnant.

Faire une démonstration culinaire de la préparation de la bouillie, pour sensibiliser les mères ou les accompagnants à la préparation et l'importance de la bouillie pour l'amélioration de l'état de leur enfant.

Préparation : 1 volume de PREMIX ou de Supercéréral plus et 4 volumes d'eau **cuisson :** 5 à 10 minutes.

Donner aux mères ou aux enfants la même ration **jusqu'à ce qu'ils aient atteints les critères de sortie du programme** sauf pour les ex-MAS qui vont être suivis uniquement pendant 3 mois.

3.1.4.5-TRAITEMENT /PREVENTION MEDICALE

3.1.4.5.1- Prévention de la carence en Vitamine A

- ❖ Vérifier sur la fiche de croissance si l'enfant a reçu de la Vitamine A il y a plus de 2 mois ;
- ❖ Si oui ou si l'information n'est pas documentée, lui administrer en une seule dose de la Vitamine A selon les directives nationales :
 - ✦ Nourrissons de 6 à 11 mois (6 à 8 Kg) : 100 000 UI ;
 - ✦ Enfants de 12 à 59 mois (ou de plus de 8 kg) : 200 000 UI.

2.1.4.5.2. Déparasitage de l'enfant et de la femme enceinte

Tableau : Déparasitage de l'enfant

Agés/Catégorie	<1 an	1 - 2 ans	≥ 2 ans	Femmes enceintes
Albendazole 400 mg	Ne pas administrer	½ comprimé	1 comprimé	1 comprimé au 2 ^{ème} trimestre
Mébéndazole 500 mg	Ne pas administrer	1 comprimé	1 comprimé	

2.4.5.3. Supplémentation en fer /acide folique

Tableau : Donner du fer et de l'acide folique durant le séjour à l'URENAM

Poids/Catégorie	<10 kg	≥ 10 kg	FE/FA
Fer – acide folique (200 mg sulfate de fer -40 mg acide folique)	½ comprimé par semaine	1 comprimé par semaine	1 comprimé par jour

2.1.5. Suivi de l'état nutritionnel

Le suivi du patient se fait selon le schéma suivant :

- ❖ **1er mois** : Une fois par semaine ;
- ❖ **2^{ème} et 3^{ème} mois** : Une fois toutes les deux semaines.

La mesure du poids des patients doit être étroitement supervisée ; il est conseillé de la reprendre une seconde fois en cas de doute. Les jours de suivi doivent coïncider avec les jours de prise en charge.

2.1.6. Echec de réponse au traitement

Les patients sont considérés comme non répondant au traitement dans les conditions suivantes :

- ❖ Non atteinte des critères de sortie après 3 mois dans l'URENAM ;
- ❖ Absence de gain de poids après 6 semaines ;
- ❖ Perte de poids pendant plus de 4 semaines dans le programme ;
- ❖ Perte de poids de 5 % à n'importe quel moment.

Les raisons de cette non-réponse au traitement peuvent être dues aux :

- ❖ Non-respect du protocole ;
- ❖ Syndromes de malabsorption gastro-intestinale ;
- ❖ Non-respect des consignes de traitement par la famille ;
- ❖ Autres circonstances à domicile et/ou sociales du patient ;
- ❖ Autres pathologies médicales sous-jacentes.

Une investigation doit se faire sur le plan social ; si besoin référer l'enfant soit en URENAS/URENI pour de plus amples investigations médicales.

2.1.7. Critères et types de sortie

Tableau : Critères de sortie de l'URENAM

Groupes cibles	Critères d'admission	Critères et types de sortie
Enfants de 6 à 59 mois	P/T \geq -3 et $<$ -2 Z score ou PB \geq 115 mm $<$ 125 mm	<ul style="list-style-type: none"> - Guéris : s'ils ont atteint un P/T \geq-1,5 Z score pendant deux pesées consécutives ; PB \geq 125 mm pendant deux visites consécutives ; - Non répondants/référence nutritionnelle à l'URENAS ou référence médicale au centre de santé pour investigation après échec au traitement - Abandons s'ils sont absents à deux visites consécutives ; - Décédé
Enfants ex MAS guéris venant URENI/URENAS pour suivi	P/T \geq -1,5 Z score Ou PB \geq 125 mm après 2 pesées successives.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi ex-MAS déchargé après 3 mois - Abandons s'ils sont absents après 2 visites consécutives ; - Référés nutritionnels : référer à l'URENAM/URENAS/URENI s'ils redeviennent modérément ou sévèrement malnutris. - Référé médical : si référé vers un centre de santé pour prise en charge. - Décédé

2.1.8. Après la sortie

L'enfant doit être vu une fois par mois pendant trois mois par l'ASC ou le relais/volontaire dans le village pour son suivi nutritionnel (par la mesure du périmètre brachial, les conseils nutritionnels.).

La stimulation psycho-cognitive est importante à ce stade de la malnutrition aigüe :

Stimulation à l'URENAM

- ❖ Le prestataire doit insister sur l'importance de la stimulation psycho-cognitive dans la réhabilitation de l'enfant ;
- ❖ Le prestataire doit initier la stimulation psycho-cognitive chez l'enfant et apprendre à la mère/l'accompagnant pour qu'elle puisse les continuer à domicile ;
- ❖ Créer une atmosphère joyeuse et favorable à l'éveil psychologique ;
- ❖ Prendre dans les bras les enfants qui ne sourient pas, ne parlent pas ou ne chantent pas et les cajoler. Les enfants qui ne créent pas de contact visuel ou qui ne cherchent pas à attirer l'attention sont ceux qui en ont le plus besoin ;
- ❖ Encourager la mère/l'accompagnant à confectionner des jouets elle-même avec du matériel bon marché et de récupération ;
- ❖ Conseiller à la mère/l'accompagnant de garder l'enfant avec elle et l'encourager à nourrir, porter, réconforter et jouer avec l'enfant autant que possible ;
- ❖ Faire suivre les séances de stimulation de l'enfant par les ASC et les relais dans la communauté.

2.1.9. Recherche active des cas, référence pour traitement, suivi et séance d'éducation

Les principales activités qui ont lieu dans la communauté sont :

- ❖ Dépister la malnutrition aigüe chez les enfants ceci est une recherche active de cas ;
- ❖ Référer les cas dépistés vers le CSCOM ou le site ASC ;
- ❖ Assurer la visite à domicile des cas qui :
 - Ne se sont pas rendus à l'URENAS ou à l'URENAM lors d'une visite programmée (absent, abandon) ;
 - Ont été déchargés de l'URENI ou ont abandonné le traitement à l'URENI et n'ont pas été enregistrés dans une URENAS ;

- Ont été déchargés de l'URENAS ou ont abandonnés le traitement à l'URENAS et n'ont pas été enregistrés dans une URENAM ;
- N'ont pas répondu au traitement :
- ❖ Promouvoir les bonnes pratiques par la communication pour le changement social et de comportement (CCSC), les normes sociales et les conseils pratiques ;
- ❖ Assurer la retro information à temps des CSCOM vers les communautés pour réduire les absences et les abandons.

2.1.9.1. Recherche active de cas

La recherche active de cas est une partie essentielle dans toutes les activités de la PCIMA.

Avantages

Les patients sont identifiés et traités alors qu'ils sont encore relativement en bonne santé, avant qu'ils ne développent des complications et lorsque le traitement peut être entièrement suivi dans la communauté, permettant ainsi d'éviter l'admission à l'URENI. En effet le traitement à l'URENI a d'importantes implications : coûts de transport, incapacité de générer des revenus, problème de nourriture pour l'accompagnant, séparation de la famille, incapacité de terminer les travaux essentiels, manque de soins pour les autres enfants, préparation des repas et problèmes concernant la séparation en période d'insécurité, séparation du mari et de l'épouse.

Activités :

- ❖ Dépister tous les enfants (6 -59 mois) dans la communauté à l'aide d'une Bande de Shakir et Vérifier s'il y a présence ou non d'œdèmes bilatéraux, en allant de maison en maison et lors de n'importe quelle autre occasion (en particulier les "journées nationales" de vaccination et de distribution de Vitamine A « SIAN », lors du dépistage VIH/SIDA, de la PCIME, CPS, des programmes de développement communautaire, etc.) ;

- ❖ Référer ceux avec un PB < 125 mm au CSCOM ou au site ASC le plus proche pour un triage adéquat ;
- ❖ Enregistrer chaque enfant sur une fiche de dépistage dans la colonne rouge, jaune ou verte (MAS, MAM et normale – Répertorier tous les cas et non uniquement les cas de MAS et de MAM) ;
- ❖ Apporter au superviseur (ASC ou DTC), toutes les fiches de dépistage collectées à chaque rencontre ;
- ❖ Participer à des réunions périodiques de coordination/partage d'expériences avec d'autres GSAN /relais/volontaire communautaires et le superviseur.

L'ASC/agent de santé chargé de la nutrition doit se déplacer dans les villages chaque mois. Pendant la visite, il/elle discute en personne avec le GSAN /relais/volontaire du village de tous les problèmes, rend visite aux autorités du village pour avoir leurs commentaires concernant les activités de la PCIMA.

Matériel et Outils

Le /GSAN /relais/volontaires/ASC du village doit avoir un kit qui comporte :

- ❖ Des bandes de Shakir ou bracelets PB (incluant des bracelets de rechange)
- ❖ Des fiches de dépistage ;
- ❖ Des fiches de référence ;
- ❖ Des crayons, du papier, un taille-crayon, une gomme ;
- ❖ Un sac ;
- ❖ Un téléphone portable et du crédit avec une liste des principaux numéros de téléphone ;
- ❖ Des directives simples écrites (dans la langue locale) adaptées selon le niveau d'éducation du GSAN /relais/volontaire du village. On doit les donner, même si le GSAN /relais/volontaire ne peut pas lire, ceci évite l'humiliation et tenant compte du fait qu'il y a

presque toujours quelqu'un dans le village qui sait lire et qui peut l'aider ;

- ❖ Des fiches de conseils pratiques à donner (boite à images/fiches conseils)

2.1.9.2. Collecte de données

A partir des fiches de dépistage et pendant la visite au village par l'agent de santé communautaire, les informations suivantes doivent être collectées :

- ❖ Nom du village/hameaux.
- ❖ Nom et fonction des personnes faisant le dépistage ;
- ❖ Date du dépistage ;
- ❖ Nombre total d'enfants dépistés ;
- ❖ Nombre d'enfants avec œdèmes ;
- ❖ Nombre d'enfants dans la zone rouge : $< 115\text{mm}$ = MAS ;
- ❖ Nombre d'enfants dans la zone jaune : entre 115 à 125mm = MAM ;
- ❖ Nombre d'enfants dans la zone verte : \geq à 125mm = normale ;
- ❖ Nombre de référés et le site vers lequel ils ont été référés ;
- ❖ Nombre de cas référés vus au centre de santé ;
- ❖ Nombre de cas d'abandons ;
- ❖ Nombre de refus d'intégrer les activités de la PCIMA.

La fiche de dépistage du village est alors donnée au DTC et envoyée une fois par mois au RND afin d'être analysée et enregistrée dans une base de données. Cette information donne une proportion des cas de MAS et de MAM dans la communauté dépistée.

Ces résultats doivent être géographiquement répertoriés pour identifier des poches de malnutrition. Avec le dépistage régulier, non seulement les enfants malnutris sont identifiés mais le dépistage constitue la base d'un système de surveillance nutritionnelle pour définir la saisonnalité et pour déterminer si la situation dans le district se détériore ou s'améliore. Ceci permet au Médecin chef de district et au RND d'établir des priorités pour les activités en cours.

2.1.10. Actions communautaires

2.1.10.1. Sensibilisation communautaire

La sensibilisation communautaire entraîne une prise de conscience et une réactivité des gens face à des idées, événements, situations ou phénomènes, et invite les autorités dignes de confiance et les membres de la communauté à s'engager dans la diffusion d'informations et dans la lutte contre les préjugés en termes de croyances et de pratiques. Dans le passé, bien souvent les activités de sensibilisation impliquaient seulement les membres de la communauté comme répondants passifs à des instructions données par des professionnels afin d'améliorer leur santé, par exemple lors de campagnes de masse (9).

En termes de PCMA, la sensibilisation communautaire couvre toute une gamme d'activités visant à renforcer la prise de conscience et à promouvoir la connaissance et la compréhension des causes de la maladie, sa prévention et son traitement, à favoriser un changement de comportement, et à encourager la participation active et soutenue à la conception, l'exécution et l'évaluation des interventions (9).

2.1.10.2. Participation communautaire

La participation communautaire est apparue comme l'un des grands principes des soins de santé primaires enracinés dans la déclaration d'Alma Ata de 1978 : « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

En lien avec les droits de l'homme fondamentaux et les principes piliers de la démocratie, la participation communautaire est définie comme « un processus cumulatif par lequel les bénéficiaires développent des capacités de gestion et d'organisation pour accroître le contrôle qu'ils exercent sur les décisions qui affectent leurs vies »

En termes de PCMA, la participation communautaire signifie que les membres de la communauté sont impliqués dans l'étude de faisabilité la conception, la planification, la budgétisation et l'allocation des ressources, la gestion des approvisionnements et les infrastructures, la dotation en ressources humaines grâce à des bénévoles de la communauté, la mise en œuvre, la supervision et le suivi, la production de rapports et l'évaluation des interventions de santé.

2.1.10.3. L'extension communautaire

Les services d'extension communautaire sont définis comme « tout type de service de santé qui mobilise les agents de la santé afin de fournir des services à la population ou à d'autres agents sanitaires, ailleurs qu'à l'endroit où ils travaillent et vivent habituellement. En termes de PCMA, l'extension communautaire est utilisée comme terme général pour l'évaluation communautaire, la participation et la sensibilisation communautaire, le dépistage communautaire pour identifier et orienter les enfants souffrant de malnutrition aiguë dès que possible, les visites à domicile pour assurer le suivi des cas à problèmes, la recherche des cas d'abandon ainsi que l'éducation et les conseils en matière de santé et de nutrition en tête à tête ou en groupe.

2.1.10.4. Communication santé et nutrition, groupes de soutien aux activités de nutrition

Les activités de communication (interpersonnelles et communication de groupes, discussions/dialogue communautaires...) sur la nutrition doivent occuper une place importante dans les activités des GSAN et d'autres groupes dans la communauté.

Les parents dont les enfants deviennent malnutris peuvent : ne pas savoir ni lire ni écrire, ne pas être conscients des besoins nutritionnels de leurs enfants. Ils connaissent aussi peu sur l'importance des jeux, de la stimulation psycho-cognitive pour le développement de l'enfant, les effets d'une mauvaise hygiène (corporelle, environnementale, alimentaire), risques liés à la pollution, les mesures à prendre quand un enfant tombe malade et

les signes de danger. Les connaissances sur l'allaitement maternel /alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH, la santé reproductive et les effets négatifs de certaines pratiques traditionnelles ne sont généralement pas suffisantes.

Les leçons tirées doivent être adaptées et modifiées localement pour répondre aux besoins récurrents d'une région ; Cependant certains messages clés de santé et nutrition doivent faire partie de tous les programmes d'éducation pour la santé.

2.2 Présentation de l'ONG « MUSO »

L'ONG MUSO est une jeune organisation internationale à but humanitaire créé en 2005 par des étudiants Malien et Américain. Son siège est à Banankabougou sema, route du 501 logement à l'ouest de l'école publique.

Elle compte 6 départements qui sont :

- ✓ Département des Opérations ;
- ✓ Département Programme ;
- ✓ Département Formation, Innovation, Technologie ;
- ✓ Département Recherche, Suivi, Evaluation ;
- ✓ Département des Ressources Humaines ;
- ✓ Département Finance.

2.2.1. La vision de l'ONG « MUSO » :

C'est le droit universel à la santé dans le monde pour.

2.2.2. La mission de l'ONG « MUSO » : est d'éliminer les décès liés à des maladies guérissables dans les communautés les plus vulnérables au Mali en particulier et dans le monde en général. En mettant en évidence des pratiques pour influences les politiques d'accès aux soins.

Muso œuvre dans la santé communautaire basé sur les agents de santé communautaire (ASC) qu'il soutien à travers les ASACO partenaire

Au Mali Muso est dans deux districts sanitaires à savoir la Commune VI de Bamako et Bankass. Dans la commune VI il travaille avec le CSCOM de Yirimadio et à Bankass dans 8 aires de santé.

Dans sa mission de promouvoir l'accès Universel aux soins de santé de base pour tous Muso à développer des systèmes de soins sanitaires communautaires innovants

2.2.3. Les composantes de la stratégie d'intervention de l'ONG « MUSO »

Le modèle de santé communautaire de MUSO possède quatre grandes composantes :

- ❖ **La recherche proactive des cas** : assuré par les agents de Santé communautaires (ASC) et les membres de la communauté à travers des visites à domicile (VAD) journalières afin de prodiguer des soins essentiels communautaires (SEC) et/ou référé/accompagner vers une structure sanitaire le plus tôt que possible.
- ❖ **Les soins essentiels communautaires (SEC) à domicile** : les ASC offrent le paquet de soins essentiels.
- ❖ **L'accès rapide aux structures sanitaires (CSCOM)** : les patients qui ont besoins de soins sont amenés le plus tôt que possible dans un centre de santé.
- ❖ **La prise en charge sans frais** : Pour assurer l'accès rapide et universel aux soins, le modèle de MUSO lève la barrière financière pour accéder aux soins, organise les formations de renforcement de capacité du personnel soignant, fait la réhabilitation, l'équipement et la construction des infrastructures sanitaires.

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE

3.1. Le cadre de l'étude (10)

Cette étude s'est déroulée dans le CSCOM de Yirimadio en commune VI du district de Bamako. Le quartier de Yirimadio a une population de 71170 habitants et est limité :

- ❖ À l'Est par le village de Niamana ;
- ❖ Au Nord par Missabougou ;
- ❖ Au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ;
- ❖ À l'Ouest par Banankabougou Faladié.

Les principales activités menées par la population sont entre autres : le transport, le commerce, l'agriculture, l'élevage, et l'artisanat etc.

Le climat est tropical, de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre-mai) et une saison pluvieuse (juin-novembre) qui correspond à la haute transmission du paludisme.

Le CSCOM de Yirimadio a ouvert ses portes en 1997 et comprend :

a) Une unité de médecine comprenant :

- ❖ Quatre salles de consultation ;
- ❖ Quatre salles d'observation (homme et femme) ;
- ❖ Deux salles pour les soins infirmiers ;
- ❖ Deux pharmacies de jours et une pharmacie de nuit ;
- ❖ Un magasin ;
- ❖ Deux salles de conseil et dépistage (non fonctionnel occupée par l'infirmier major) ;
- ❖ Un hangar ;
- ❖ Une terrasse.

b) Une maternité comprenant :

- ❖ Un bureau administratif pour la sage-femme maitresse ;
- ❖ Une salle de CPN, CPON, PF et PEV ;
- ❖ Une salle d'attente ;
- ❖ Une salle d'accouchement ;

- ❖ Une salle de travail ;
- ❖ Une salle de garde ;
- ❖ Deux couloirs ;
- ❖ Un laboratoire.
- ❖ Un hangar : utilisé pour les activités de vaccination, les séances d'IEC, de promotion Nutritionnelle et de formation continue.

c) Autres bureaux :

- ❖ Un bureau pour le gestionnaire ;
- ❖ Un bureau pour le major ;
- ❖ Un magasin pour le stockage des intrants ;
- ❖ Un logement pour le gardien ;
- ❖ Une cantine ;
- ❖ Un bloc pour l'URENI ;

d) Toilettes

Douze toilettes internes et externes.

3.2. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil des données qualitatives et quantitatives auprès des agents de santé communautaire, des mères et gardiennes d'enfants malnutris aigue modérée et des prestataires impliqués dans la prise en charge de la malnutrition à Yirimadio.

3.3. Période d'étude

Notre période d'étude s'étendait d'octobre 2019 à septembre 2020 dont la collecte des données a eu lieu de juin à juillet 2020.

3.4. Population d'étude

Notre population d'étude était composée de :

- ❖ Les agents de santé communautaire
- ❖ Personnel soignant impliqué dans la prise en charge de la malnutrition
- ❖ Les mères et gardiennes des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aigüe modérée.

3.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- ❖ Les agents de santé communautaire ;
- ❖ Les mères et gardiennes d'enfants malnutris aigue modérée ;
- ❖ Les prestataires impliqués dans la prise en charge de la malnutrition ayant accepté de participer à l'étude.

3.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- ❖ Les agents de santé communautaire ;
- ❖ Les mères et gardiennes d'enfants malnutris aigue modérée et
- ❖ Les prestataires impliqués dans la prise en charge de la malnutrition n'ayant pas accepté de participer à l'étude ou dans des situations d'urgence au moment de notre passage.

3.5. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage de types choix raisonné pour les prestataires et un échantillonnage aléatoire simple pour choisir les agents de santé communautaire.

Les mères et gardiennes d'enfants ont été choisis selon un échantillonnage en grappes à deux degrés dont :

- Le 1^{er} degré comporte les sections de Yirimadio et
- Le second degré le ménages. A l'intérieur des ménages nous avons procédé à un tirage aléatoire simple après un dénombrement des mères d'enfants.

3.6. Collecte des données

Les méthodes utilisées étaient :

- ❖ L'interview directe des mères et gardiennes d'enfant
- ❖ L'interview indirecte des prestataires impliqués dans la prise en charge de la malnutrition.
- ❖ L'interview directe des agents de santé communautaire.
- ❖ L'observation des agents de santé communautaire pendant le dépistage et la prise charge de la malnutrition aigüe.

Les outils de collecte des données

Les outils utilisés ont été :

- ❖ Des questionnaires directs adressés aux agents de santé communautaire ;
- ❖ Des questionnaires directs adressés aux mères et gardiennes d'enfants ;
- ❖ Des guides d'observation en vue d'observer les ASC à œuvre ;
- ❖ Questionnaires indirects adressés aux prestataires.

3.7. Analyse des données

3.7.1. Les variables

- ❖ **La dimension humaine est définie par les variables suivantes :**
 - Respect physique et psychique des malades
 - Continuité des soins
 - Autonomisation du patient.

- ❖ **La dimension technique**

La dimension technique est opérationnalisée par les éléments suivants :

- Interrogatoire ;
- Démarche de dépistage et la prise en charge de la malnutrition ;
- La conduite thérapeutique ;
- Le remplissage correct des supports
- La disponibilité du matériel de diagnostic
- Adéquation des pratiques de dépistage de la malnutrition aigüe modérée ;
- Adéquation de la conduite thérapeutique et de l'éducation nutritionnelle

❖ **Connaissances, attitude et perception des mères et gardiennes d'enfants**

- Connaissance des mères sur la malnutrition aigüe modérée ;
- Attitudes des mères en cas de suspicion de malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois ;
- Opinion des mères et gardiennes d'enfants sur la prise en charge de la malnutrition par les agents de santé communautaires.

3.7.2. Outils d'analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Les données qualitatives recueillies lors des entretiens sont analysées à l'aide de la méthode d'analyse du contenu.

3.8. Considérations éthiques

Avant le début de la collecte, nous avons demandé et obtenu l'accord préalable des autorités administratives, sanitaires et coutumières de Yirimadio. Avant d'administrer le questionnaire nous avons demandé et obtenu le consentement éclairé des participants. Les participants avaient le libre choix de se retirer de l'étude à tout moment s'ils le souhaitaient.

Notre étude n'admettait aucun préjudice direct sur les participants en dehors du temps nécessaire à l'administration du questionnaire.

RESULTATS

4. RESULTATS

Cette étude a concerné 66 agents de santé communautaire ,76 bénéficiaires (mères et gardien(nes) d'enfants et trois prestataires de l'unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive (URENI) du CSCOM de Yirimadio.

4.1. La qualité du dépistage et de la prise en charge de la MAM chez les enfants de 6 à 59 mois par les ASC.

Tableau I : Répartition des ASC selon leurs caractéristiques sociodémographiques

	Effectifs (n=66)	%
Age		
20 à 30 ans	32	48,5
31 à 40 ans	24	36,4
41 ans et plus	10	15,2
Sexe		
Masculin	6	9,1
Féminin	60	90,9
Niveau de scolarité		
Primaire	30	45,5
Secondaire	27	40,9
Supérieur	9	13,6

La tranche d'âge 20 à 30 ans était la plus représentée soit 48,5% dont la moyenne d'âge était de 32 ans. Le Sexe féminin était majoritaire à 90,9%.

Le niveau primaire était le niveau de scolarité le plus représenté avec 45,5%.

Tableau II : Répartition des ASC en fonction du nombre d'années d'expérience.

Nombre d'années d'expérience	Effectifs	%
<1 année	12	18,2
1 année	4	6,1
2 années	9	13,6
3 années	6	9,1
4 années	1	1,5
5 années	12	18,2
6 années	11	16,7
7 années	8	12,1
8 années	3	4,5
Total	66	100,0

Au regard de ce tableau, nous constatons que, si la majorité des ASC avait respectivement 5 et 6 ans d'expériences soit 18,2% et 16,7% ; 18,2% avait une expérience de moins d'un an, et les plus anciens avaient 8 ans d'expérience soit 4,5%.

Tableau III : Répartition des ASC selon leur connaissance des formes de la malnutrition

Formes de la malnutrition	Effectifs (n=66)	%
Kwashiorkor	55	83,3
Marasme	55	83,3
MAM	23	34,8
MAS sans complication	12	18,2
MAS avec complications	3	4,5

Le Kwashiorkor et le Marasme étaient les formes de malnutrition les plus citées par les agents de santé communautaire soit concomitamment 83,3%

Tous les agents de santé communautaire avaient reçu une formation sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA) soit 100%.

Tableau IV : Répartition des ASC en fonction de leur connaissance des causes de la malnutrition.

Causes de la malnutrition	Effectifs (n=66)	%
Méconnaissances des bonnes pratiques alimentaires	40	60,6
Manque de nourriture	34	51,5
Maladies de l'enfant	32	48,5
Sevrage précoce	22	33,3
Grossesses rapprochées	14	21,2
Manque de moyen	10	15,2
Manque d'hygiène	5	7,6
Négligence de la mère	4	6,1

La méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires a été majoritairement citée comme étant une cause de la malnutrition par les ASC soit 60,6% suivi du manque de nourriture dans 51,5% des cas.

Tableau V : Répartition des ASC en fonction du temps écoulé depuis leur dernière formation sur la prise en charge de la malnutrition.

Echéance depuis la dernière formation sur PCIMA	Effectifs	%
1 mois	1	1,5
2 mois	1	1,5
3 mois	5	7,6
4 mois	3	4,5
5 mois	6	9,1
6 mois	42	63,6
7 mois	3	4,5
8 mois	2	3,0
9 mois	1	1,5
12 mois	2	3
Total	66	100

La dernière formation de la plupart des ASC enquêtés sur la prise en charge de la malnutrition remontait à six mois soit 63,6%.

Tableau VI : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les critères de non-réponse au traitement

Critères de non réponse au traitement	Effectifs (n=66)	%
Bande de Shakir au jaune après 3 visites	45	66,7
Perte de poids pendant plus de 4 semaines	11	16,7
Non atteinte des critères de sortie après 3 mois dans l'URENAM	4	6,1
Absence de gain de poids après 6 semaines	3	4,5
Perte de poids de 5 % à n'importe quel moment	2	3,0
Absence de progression du PB après trois VAD consécutives	1	1,5
Perte de poids au cours du suivi	1	1,5
Bande de Shakir au jaune après 1 mois de suivi	1	1,5
Bande de Shakir au jaune au bout de 2 mois de suivi	1	1,5
Bande de Shakir au jaune ou rouge	1	1,5
Bande de Shakir bande de Shakir au jaune ou rouge après 3 visites consécutives	1	1,5
Bande de Shakir toujours au jaune	1	1,5
Lorsque 'enfant ne prend pas la bouillie	1	1,5
Manque de courage de la mère	1	1,5

La bande de Shakir au jaune après trois visites consécutives était considérée comme étant le critère majoritaire de la non réponse au traitement soit 66,7% des cas.

Tableau VII : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les causes de non réponse au traitement

Causes de non réponse au traitement	Effectifs (n=66)	%
Non-respect des consignes de traitement par la famille	57	86,4
Autres maladies sous-jacentes de l'enfant	31	47,0
Autres circonstances à domicile et/ou sociales du patient	9	13,6
Non-respect du protocole de prise en charge	2	3,0

Le non-respect des consignes de traitement par la famille était considéré comme la plus grande cause de non réponse au traitement soit 86,4% ; suivi d'autres maladies sous-jacentes chez l'enfant dans 47% des cas.

Tableau VIII : Répartition des ASC selon la supervision

Supervision des ASC	Effectifs (n=66)	%
ASC supervisés		
Oui	66	100
Rythme de supervision		
Mensuelle	66	100
Structures de supervision		
ONG « Muso »	66	100
CSCOM	32	48,5
CSREF	10	15,2
DRS	1	1,5

La quasi-totalité des ASC étaient régulièrement supervisés par l'ONG « MUSO » soit 100%. La supervision des ASC était mensuelle dans 100% des cas

L'ONG « Muso » était la principale structure de supervision des ASC dans 100% des cas, associée au CSCOM de Yirimadio dans 48,5% des cas.

La quasi-totalité des ASC pensaient que la supervision contribuait à améliorer leur capacité de prise en charge de la malnutrition aigüe modérée

4.2. La stratégie de dépistage et de la prise en charge de la MAM par les ASC

Tableau IX : Répartition des ASC Selon les outils de dépistage de la MAM

Outils de dépistage	Effectifs (n=66)	%
Bande de Shakir	66	100,0
Thermomètre	7	10,6
Registre de surveillance nutritionnelle	1	1,5

La bande de Shakir constituait le principal outil de dépistage de la malnutrition aigüe modérée (MAM) chez les ASC soit 100%.

Tableau X : Répartition des ASC selon leur connaissance sur les critères de diagnostic, le traitement et le suivi des enfants souffrant de la malnutrition aigüe modérée (MAM).

	Effectifs (n=66)	%
Critères de diagnostic de la MAM		
PB≥115mm et <125 mm	66	100
Traitement nutritionnel		
Farines industrielles améliorées	66	100
Farines locales enrichies	2	3
ASPE	2	3
Traitement médical préventif		
Fer/Acide Folique	48	72,7
Albendazole	60	90,9
Vitamine A	61	92,4
Rythme de suivi des enfants souffrant de la MAM		
Hebdomadaire	64	97
Bihebdomadaire	35	53
Journalier	1	1,5

La quasi-totalité des ASC avaient comme critère de diagnostic de la MAM $PB \geq 115$ mm et < 125 mm (Bande de Shakir au jaune) soit 100%.

La farine industrielle améliorée était le principal traitement nutritionnel donné par les ASC soit 100%.

Le traitement médical préventif était composé du Fer/Acide Folique dans 72,7% ; du déparasitage à base d'Albendazole dans 90,9% et de la vitamine A dans 92,4% des cas. Le suivi des enfants souffrant de la MAM était hebdomadaire dans 97% des cas.

Tableau XI : Répartition des ASC en fonction des critères de guérison

Critères de guérison	Effectifs (n=66)	%
PB \geq 125mm pendant 2 visites consécutives	64	97,0
Attente des trois mois de prise en charge	15	22,7
Bon état général	3	4,5
Prise de poids	1	1,5

La bande de Shakir au vert (PB \geq 125mm pendant deux visites consécutives) constituait le principal critère de guérison chez les ASC soit 97%.

Tableau XII : Répartition des ASC en fonction de leurs attitudes face aux cas d'abandon.

Attitudes face aux cas d'abandon	Effectifs (n=66)	%
Visite à domicile	37	56
Sensibiliser sur l'importance de la PEC	28	42,42
Informé le superviseur	17	25,8
Référé au CSCOM	2	3
Aucune intervention	2	3
Faire intervenir d'autres ASC	1	1,5
Je n'ai pas eu un cas pareil	1	1,5
Lui donner des conseils	1	1,5
Motivée d'avantage	1	1,5

Face aux cas d'abandon, la majorité des ASC avaient comme attitude majeure la visite à domicile soit 56,1% associée à la sensibilisation sur l'importance de la prise en charge de la malnutrition dans 42,42% et de l'intervention d'un superviseur de proximité dans 25,8%.

Tableau XIII : Répartition des ASC selon le moyen de retro-information

Moyen de retro-information	Effectifs	%
Parents	63	95,5
Téléphone	3	4,5
Total	66	100,0

Les parents de l'enfant, lors de la visite à domicile constituaient la plus grande source de retro-information pour les ASC après la référence d'un enfant souffrant de la malnutrition soit 95,5%

Tableau XIV : Répartition des ASC selon la qualité de l'accueil et de l'abord des malades

Qualité de l'accueil et de l'abord des malades		Effectifs (n=66)	%
Préparation psychologique	Oui	53	80,3
	Non	13	19,7
Installation du couple mère-enfant	Correcte	63	95,5
	Incorrecte	3	4,5

Au cours de l'observation des ASC lors de leur intervention, la préparation psychologique du couple mère-enfant était pratiquée dans 80,3% des cas et nous avons constaté une installation correcte du couple mère-enfant dans 95,5% des cas.

Tableau XV : Répartition des ASC selon la technique de dépistage de la malnutrition par les ASC.

Technique de dépistage des ASC	Effectifs (n=66)	%
Prise du périmètre brachial (PB)		
Correcte	57	86,4
Incorrecte	9	13,6
Recherche d'œdème des membres inférieurs		
Correcte	39	59,1
Incorrecte	3	4,5
Non fait	24	36,4

La prise du périmètre était correcte dans 86,4% des cas

La recherche des œdèmes des membres inférieurs n'était pas systématique non fait dans 36,4%. Elle était correcte dans 59,1% des cas.

Tableau XVI : Répartition des ASC selon leur attitude au cours du dépistage

Attitude des ASC au cours du dépistage	Effectifs (n=66)	%
Explication de l'observation faite sur le malade		
Oui	57	86,4
Non	9	13,6
Remerciement du malade pour la bonne collaboration		
Oui	56	84,8
Non	10	15,2
Date du prochain rendez-vous		
Oui	40	60,6
Non	26	39,4

La majorité des ASC ont expliqué à la mère de l'enfant les observations faites lors de l'examen de l'enfant soit 86,4% des cas. La majorité des ASC a remercié la mère de l'enfant pour sa bonne collaboration soit 84,8% des cas. Les agents de santé communautaire ont donné la date du prochain rendez-vous à la mère de l'enfant dans 60,6 % des cas.

4.3. Niveau de la collaboration du personnel du CSCOM avec les ASC dans la prise en charge de MAM.

- ❖ Tous les prestataires de l'URENI étaient des sages-femmes et elles étaient au nombre de trois.
- ❖ Tous les prestataires étaient au courant de l'approche des agents de santé communautaire à Yirimadio

Tableau XVII : Répartition des prestataires selon leur opinion sur l'approche ASC à Yirimadio

Opinion des prestataires sur l'approche ASC	Effectifs (n=3)	%
Durée de l'approche ASC		
11 ans	1	33,3
Ne sais pas	2	66,7
Argumentation sur l'impact de l'approche ASC sur la PEC de la malnutrition		
Aucune réponse	2	66,7
Recherche active des cas d'abandon, dépistage communautaire	1	33,3

L'ensemble des prestataires pensaient que le choix de Yirimadio pour l'implantation de l'approche ASC en commune VI était justifié

Les prestataires ont affirmé que l'approche ASC a eu un impact sur la prise en charge de la malnutrition et un prestataire soit 33,3% pensait que les ASC contribuent à la recherche active des cas et au dépistage communautaire de la malnutrition.

Un prestataire soit 33% pensait que les ASC contribuaient dans la recherche active des cas et au dépistage communautaire de la malnutrition aigüe.

Tous les prestataires ont dit avoir de bonnes relations avec les ASC et pensent qu'ils ont également de bonnes relations avec la population de Yirimadio

Aucun des prestataires enquêtés n'avaient participé à la supervision des ASC.

4.4. La Perception des bénéficiaires sur la prise en charge par des agents de santé communautaire

Tableau XVIII : Répartition des mères/gardiennes d'enfants en fonction de leur niveau de scolarité

Niveau de scolarité	Effectifs	%
Non scolarisé(es)	41	53,9
Primaire	26	34,2
Secondaire	9	11,8
Total	76	100

La majorité des bénéficiaires n'avait aucun niveau scolarité soit 53,9%

Tableau XIX : Opinion des bénéficiaires (mères /gardiennes) sur l'intervention des ASC.

Opinion des bénéficiaires	Effectifs (n=76)	%
Mères ayant été informées du diagnostic de leur enfant		
OUI	65	85,5
NON	11	14,5
Accueil des ASC		
Satisfait	69	90,8
Très satisfait	7	9,2
Communication des ASC au cours de la consultation		
Satisfait	67	88,2
Très satisfait	8	10,5
Pas satisfait	1	1,3
Démarche diagnostic des ASC		
Satisfait	71	93,4
Très satisfait	3	3,9
Pas satisfait	2	2,6
Satisfaction par rapport à la prise en charge par les ASC		
Satisfait	72	94,7
Très satisfait	3	3,9
Pas satisfait	1	1,3

La majorité des mères avaient été informé du diagnostic de leur enfant soit 85,5%. Toutes les mères étaient satisfaites sinon très satisfaites de l'accueil des agents de santé communautaire. Une part importante des bénéficiaires était satisfait de la communication des agents de santé communautaire lors de la consultation soit 98,7%. La majorité des bénéficiaires était satisfait de la démarche diagnostique des agents de santé communautaire soit 93,4%.

Nos résultats ont montré que 98,6% des mères étaient satisfaites de la qualité de la prise en charge de la malnutrition par les ASC dont 3,9% très satisfait.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. La qualité du dépistage et de la prise en charge de la MAM chez les enfants de 6 à 59 mois par les ASC.

La majorité des ASC était de la tranche d'âge 20 à 30 ans avec une moyenne d'âge 32 ans. Ce résultat est comparable à celui de MORAN A et Al qui avaient trouvé un âge moyen de 25 ans (11). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'activité des ASC nécessite beaucoup d'énergie pour effectuer les visites à domicile d'où le recrutement des jeunes dynamiques.

Le sexe féminin était le plus représenté à 90,9%. Cela pourrait s'expliquer par la volonté de l'ONG « MUSO » à faire la promotion du genre, une réalité au Mali.

Une grande part des ASC avait comme niveau de scolarité le primaire soit 45,5% des cas. Ce résultat est comparable à celui de MORAN A et Al qui avaient trouvé le niveau secondaire à 76,5% des cas (11). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le niveau primaire est le niveau qu'il faudrait pour pouvoir lire et Récrire, des conditions requises pour être agent de santé communautaire (ASC).

Dans notre étude, les ASC les plus expérimentés avaient huit ans d'expérience soit 4,5% et les moins expérimentés six mois soit 18,2% avec une durée moyenne de service de trois ans. Ce résultat est comparable à celui de DIABY A et Al chez qui les ASC avaient trouvé une durée de service allant d'une année à 22 ans avec une durée moyenne de huit ans (12). Le nombre d'années d'exercice des ASC pourrait avoir un impact sur les erreurs lors du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée.

Tous les ASC enquêtés avaient été formés sur la prise en charge de la malnutrition et ont dit être régulièrement recycler dont la majorité l'avait été juste six mois avant notre enquête soit 63,6 % grâce à l'effort de l'ONG « MUSO » Ce qui pourrait contribuer à améliorer leur capacité de dépistage et de prise en charge de la malnutrition aigüe modérée.

Les ASC enquêtés avaient comme critère majeur de non réponse au traitement « la bande de Shakir toujours au jaune ($PB \geq 115\text{mm}$ et $< 125\text{ mm}$) après trois visites consécutives ».

ils pensaient majoritairement que cette non-réponse était due au non-respect des consignes du traitement par la famille de l'enfant dans 86,4% des cas .Ce qui est conforme au protocole national de prise en charge (8) .Une maîtrise des critères de non réponse au traitement et leurs causes par les ASC pourrait augmenter le taux de guérison des enfants atteints de la malnutrition aigüe modérée.

Les ASC enquêtés étaient régulièrement supervisés par l'ONG « MUSO » à un rythme mensuel. Tous les ASC pensaient que cette supervision contribuait à améliorer leur capacité de prise en charge de la malnutrition aigüe modérée.

A noter que le personnel de l'URENI du CSCOM ne participe pratiquement pas à la supervision des ASC.

5.2. La stratégie de dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée

L'outils de dépistage le plus utilisé par les ASC était la bande de Shakir et leur principal critère d'admission était $PB \geq 115\text{mm}$ et $< 125\text{ mm}$ (Bande de Shakir au jaune) ; ce qui est conforme à l'un des critères d'admission des enfants de 6 à 59 mois au protocole nationale de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe au Mali (8).

Les ASC enquêtés utilisaient principalement la farine industrielle améliorée comme traitement nutritionnel soit 100% et comme traitement médical préventif le fer/acide folique 72,7% ; l'Albendazole pour le déparasitage dans 90,9% et la supplémentation en vitamine A 92,4%. Ce qui est conforme au protocole national de prise en charge intégrée de malnutrition aigue (8)

Le suivi des enfants souffrant de la malnutrition aigüe modérée était majoritairement hebdomadaire (97%) puis Bihebdomadaire (53%). Ce qui corrobore avec le protocole national de prise en charge qui stipule que le suivi doit être hebdomadaire pendant le premier mois et bihebdomadaire pendant le deuxième et le troisième mois (8)

La visite à domicile et sensibilisation constituaient les attitudes majeures des ASC pour solutionner les cas d'abandon du programme et en cas d'échec ils faisaient plus souvent recours à leur superviseur pour convaincre la famille à accepter la prise en charge de l'enfant.

Les ASC recevaient la retro-information à travers, les parents des enfants lors de la visite à domicile dans 93,3% des cas. Ce qui favorise la continuité de la prise en charge de la malnutrition.

5.2.1. Qualité de l'accueil et de l'abord des malades.

La majorité des ASC ont pratiqué une préparation psychologique auprès de la mère avant d'intervenir sur son enfant soit 80,3% des cas. Cette préparation psychologique consistait à expliquer l'acte qu'ils vont poser et l'objectif recherché. Une bonne préparation psychologique permet d'obtenir la collaboration de l'enfant et son accompagnant, contribuant ainsi à la qualité du dépistage et de la prise en charge de l'enfant.

Le couple mère-enfant était correctement installé par les ASC dans 95,5% des cas. On parle d'installation correcte du couple mère-enfant lorsque la mère est confortablement assise et l'enfant sur ses jambes avec son bras gauche dirigé vers l'opérateur. Si un grand enfant, debout auprès de sa mère avec le bras gauche orienté vers l'opérateur.

Une mauvaise installation du couple mère-enfant peut influencer la mesure du périmètre brachial (PB) aboutissant ainsi à un mauvais jugement de l'état nutritionnel de l'enfant.

5.2.2. Technique de dépistage de la malnutrition par les ASC

La prise du périmètre brachial était correcte dans 86,4% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de PILAR C et A1, chez qui la prise du PB était correcte dans 96,8% des cas (13) . La prise correcte du périmètre brachial consiste à mesurer la distance acromion-olécrane du bras gauche plié et de rechercher la mi-distance au niveau de laquelle serait mesurée le périmètre brachial à l'aide de la bande de Shakir.

Nos résultats montrent que la recherche d'œdème des membres inférieurs n'était pas systémique chez les ASC enquêtés, 36,4% d'entre eux ne l'a pas fait au cours du dépistage et 59,1% l'avait fait correctement. Notre résultat est inférieur à celui de PILAR C et Al qui avaient trouvé 78.4% de recherche correcte des œdèmes des membres inférieurs par les ASC (13).

Une recherche d'œdème des membres inférieurs est dite correcte lorsque l'opérateur presse les plantes des deux pieds de l'enfant entre pouce –paume pendant trois à cinq secondes, puis relâche et on observe la prise du godet.

Dans 86,4% des cas, les ASC observés, ont expliqué les observations à la mère de l'enfant,84,8% ont remercié la mère de sa bonne collaboration et 60,6% ont donné la date du prochain rendez-vous. Ces différents aspects pourraient avoir une influence sur la continuité de la prise en charge et la relation soignant soigné.

5.3. Niveau de collaboration du personnel CSCOM avec les ASC dans la prise en charge de MAM.

Tous les prestataires enquêtés étaient au courant de l'approche ASC dans l'aire de santé de Yirimadio et l'ensemble des prestataires pensaient que le choix de Yirimadio était justifié. La quasi-totalité des prestataires pensaient que l'approche ASC avait eu un impact sur la prise en charge de la malnutrition et l'argument le plus évoqué était que les ASC contribuaient à la recherche active des cas et au dépistage communautaire de la malnutrition.

Tous les prestataires disaient avoir de bonnes relations avec les ASC et ils pensaient qu'ils avaient de bonnes relations avec la population de Yirimadio.

5.4. La Perception des bénéficiaires sur la prise en charge par des agents de santé communautaire

Dans notre étude, 53,9% des bénéficiaires n'avait aucun niveau de scolarité, ce résultat est supérieur à celui de NATOUME I qui avait trouvé dans son étude 49,7 % de non scolarisées (7).Un faible niveau de scolarité de la mère peut influencer le statut nutritionnel de l'enfant à travers une faible connaissance du régime alimentaire adapté à l'âge de l'enfant.

5.4.1. Opinion des bénéficiaires (mères et gardien(nes) d'enfant sur le dépistage et la prise en charge de la MAM par les ASC

Après l'analyse de nos résultats, il ressort que 90,8% des bénéficiaires était satisfait de l'accueil des ASC et 9,2% était très satisfait. Ce résultat est comparable à celui de DJIRE A qui avait trouvé 98,1% de satisfaction par rapport à l'accueil des ASC (14). Un bon accueil contribue à favoriser la continuité des soins.

Dans notre étude, 85,5% des mères / gardiennes d'enfants ont été informées du diagnostic de leur enfant .Ce résultat est supérieur à celui de Camara D qui avaient trouvé dans son étude 80,7% de mères informées du diagnostic de leur enfant (15) et inférieur à celui de DJIRE A qui avait eu 89% des mères informées du diagnostic de leur enfants (14). Donner des informations claires sur le diagnostic tout en expliquant les causes et les conséquences de la malnutrition sur l'enfant pourrait contribuer à avoir la collaboration de la mère pour la prise en charge de son enfant.

Dans notre étude, 88,2% des bénéficiaires était satisfait de la communication des ASC lors de la consultation et 10,5% très satisfait. Ce résultat est inférieur à celui de DJIRE A qui avait trouvé 93% de satisfaction par rapport aux conseils donnés par l'agent (14).

Nos résultats ont démontré que 97,3% des mères était satisfaites de la démarche diagnostic des ASC dont 3,9% très satisfait ;98,6% des mères était satisfait de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée par les ASC dont 3,9% très satisfait et 1,3% non satisfait cela pourrait s'expliquer par une absence d'amélioration de l'état de l'enfant. Ces résultats sont comparables à ceux de DJIRE A qui avait trouvé 98,1% de satisfaction par rapport à l'accueil des ASC ,93% de satisfaction par rapport aux conseils par l'agent (14).Au regard de ces résultats, nous constatons que la majorité des bénéficiaires avait une opinion favorable sur l'intervention des ASC.

5.4.2. Connaissances et attitudes sur la malnutrition aigüe modérée

La définition la plus évoquée par les mères/gardiennes d'enfants sur la malnutrition était le manque de nourriture dans 28,95% cependant 26,31% n'ont pu donner aucune définition à la malnutrition cela pourrait s'expliquer par le faible niveau d'instruction des mères.

Les mères (46,1%) pensaient que la malnutrition était due au régime alimentaire inadéquat de l'enfant.

La plus grande attitude des mères était de faire recours à l'ASC dans 36,8% des cas et au centre de santé dans 28,9% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la proximité de l'ASC à la communauté et la gratuité des soins par le biais de l'ONG « Muso ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme de notre étude, nous concluons que les agents santé communautaire continuent le socle de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio. Cela à travers une bonne maitrise des outils de dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée.

Tous les ASC étaient régulièrement formées sur la prise en charge de la malnutrition. La bande de SHAKIR au jaune après trois visites consécutives constituait le critère majeur de non réponse au traitement pour les ASC avec comme cause principale, le non-respect des consignes de traitement par la famille.

La sensibilisation sur l'importance de la prise en charge lors des visites à domicile constituait la principale attitude des ASC face aux cas d'abandon. Les ASC avaient une bonne attitude lors du dépistage de la malnutrition aigüe modérée ce qui pourrait favoriser la continuité de la prise en charge et de la relation soignant-soigné.

Une grande proportion des bénéficiaires (mères/gardiennes d'enfants) étaient satisfait du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée. Malgré un manque d'implication dans la supervision des ASC, le personnel de l'URENI pensait que les ASC contribuaient à la recherche active des cas et au dépistage communautaire de la malnutrition.

Recommandation

Aux termes de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités politiques :

- ❖ Assurer la prise en charge salariale des ASC.

A l'endroit de l'ASACO de Yirimadio :

- ❖ Pérenniser le paquet d'activité des ASC ;
- ❖ Motiver les ASC dans la mise en œuvre de leur paquet d'activité ;
- ❖ Impliquer les prestataires de l'URENI à la supervision des ASC.

A l'endroit de l'ONG « MUSO » :

- ❖ Renforcer le partenariat avec l'ASACO ;
- ❖ Etendre le modèle à d'autres aires de santé ;
- ❖ Veiller à la pérennisation du paquet d'activité des ASC même après la fin du projet.

A l'endroit des agents de santé communautaire :

- ❖ Renforcer la communication pour le changement social et de comportement ;
- ❖ Veiller au respect du protocole dans le dépistage et la prise en charge de la malnutrition.

A l'endroit de la population de Yirimadio

- ❖ Respecter les consignes données par les agents de santé communautaire ;
- ❖ Consulter l'ASC dès les signes d'annonces de la malnutrition.

REFERENCES

7. REFERENCES

1. **AG IKNANE A, SANGHO O, DOUMBIA A et Al.** *Prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de 6-59 mois dans le district sanitaire de Barouéli.* Bamako(Mali) : s.n., 2013, MSP" Mali Santé Publique", Vol. TOME 3, p. 79(76). 001.
2. **GRAY N, BEDFORD J, DECONNINCK et Al.** Collaborer pour améliorer la prise en charge de la malnutrition dans le monde. *Engagement le "C" au coeur de la PCMA.* 2014. p. 40.
3. **OMS/FAO.** *2ième Conférence internationale sur la nutrition .* ROME : s.n., 2014. ICN2 2014/2.
4. **Ministère de la Santé et de l'Action sociale.** *PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.* Cellule de Santé Communautaire, Direction Générale de la Santé . DAKAR (SENEGAL) : s.n., 2014/2018. p. 73.
5. **Action Contre la Faim (ACF).** *Projet Intégré d'appui à la lutte contre la malnutrition en milieu urbain MALI ,Bamako "PIAMU".* Bamako : s.n., novembre 2014. p. 57.
6. **Dea C.** *Évaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans Faire de Ségué au Mali.* Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Québec Canada : s.n., 2014. p. 204, Mémoire.
7. **NANTOUME I.** *Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigue modérée chez les enfants de 06 à 59 mois par les agents de santé communautaire de Yirimadio dans le district de Bamako.* BAMAKO : s.n., 2018. p. 82, Thèse de médecine.
8. **Direction Nationale de la Santé /Division Nutrition.** *Protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aigue au Mali.* Direction Nationale de la Santé, Ministère de la santé. Bamako(Mali) : s.n., 2017. p. 277.
9. **GRAY N, BEDFORD J, DECONNICK H et Al.** *C MAM Engagement communautaire : le « C » au cœur de la PCMA.* Aout 2014. Dossier technique du forum PCMA.
10. **GUITTEYE A.** *Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de santé communautaire de Yirimadio en commune VI du district de Bamako.* FMOS. Bamako : s.n., 2013. Thèse de médecine.
11. **MORAN J L A, ALE G B F, ROGERS e et AL.** *Quality of care for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition delivered by community health workers in a rural area of Mali.* 2017, WILEY"Maternal & Child Nutrition", Vol. 14, p. 7.
12. **DIABY A, DIOUF A, AZHAR S M et Al.** *Perception de la motivation et de l'incitation à la performance chez les agents de santé communautaire dans le district de Rufisque au Sénégal : étude de cas. 2,* Rufisque(sénégal) : s.n., 2019, Revue Africaine et Malgache pour la Recherche Scientifique / Sciences de la Santé, Vol. 1, p. 188(182). ISSN 2424-7243.

13. **PILAR C, EJEDA N L,DOUGNON A et Al.** *Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère par les agents de santé communautaires : Premiers résultats de la recherche d'Action contre la faim.* Action Contre la Faim(ACF). 2020. p. 10, Research.
14. **DJIRE A.** *Prise charge des enfants de 6 à 59 mois en matière de nutrition dans les CSCOM de la commune V du district de Bamako.* FMOS. Bamako : s.n., 2013. p. 104, Thèse de médecine.
15. **CAMARA D.** *Prise en charge des enfants en matière de nutrition au niveau du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.* Bamako(MALI) : FMPOS, 2009. p. 108, Thèse de médecine.

ANNEXES

ANNEXE

FICHES D'ENQUETE

A. Questionnaire pour les agents de santé communautaire

N° de la fiche /___/ Date d'entretien /___/ /___/ /___//___/ /___//___/

Age : Sexe/___/ 1=Masculin 2= Féminin

Niveau d'étude : /___/ 1=Non scolarisé(e) 2= Fondamentale 3 =Secondaire
4=Supérieur

Nombre d'année d'exercice : /___//___/

Etes-vous un agent de santé ? /___/ 1=OUI 2=NON

Si Oui quel niveau ? /___/ 1=Aide-soignant ou Matrone 2=Infirmier DEF+3
3= Infirmier BAC+3 ou Sage-femme 4= autre

1-Avez-vous reçu une formation sur la PCIMA ? /___/ 1=OUI

1.1-Si Oui depuis combien de temps (mois) ? /___//___/ 2=NON

2-Qu'est-ce que malnutrition ?.....

Pouvez-vous nous citer les différentes formes de malnutrition ?

MAS avec complications MAM Kwashiorkor

MAS sans complication Marasme

3-Quelles sont les outils vous permettant de faire le dépistage de la MAM ?

Bande de Shakir Thermomètre.

Registre de surveillance nutritionnelle

4-Quelles sont les causes de la malnutrition selon vous ?

Sevrage précoce Manque de nourriture

Maladies de l'enfant Manque de moyen

Méconnaissances des bonnes pratiques alimentaires

Grossesses rapprochées Négligence de la mère Manque d'hygiène

5-Quelles sont critère de diagnostic de la MAM chez les enfants de 6 à 59 mois ?

P/T \geq -3et <-2 z-score PB \geq 115mm et <125 mm Absence d'œdèmes

6-Quelles sont les moyens dont vous disposez pour traiter la MAM ?

Farines industrielles améliorées 2= Farines locales enrichies

ASPE conseils nutritionnels

Traitement médical

FAF Albendazole Vitamine

7-À quel rythme se fait le suivi des enfants atteint de la MAM à votre niveau ?

Journalier Bihebdomadaire Mensuel Hebdomadaire

8-Quels sont signes attestant la non réponse au traitement ?

Non atteinte des critères de sortie après 3 mois dans l'URENAM

Absence de gain de poids après 6 semaines

Perte de poids pendant plus de 4 semaines dans le programme

4= Perte de poids de 5 % à n'importe quel moment

absence de progression du PB après trois VAD consécutives

9-selon vous quelles peuvent être des causes du non réponse au traitement ?

Non-respect du protocole de prise en charge

Syndromes de malabsorption gastro-intestinale

Non-respect des consignes de traitement par la famille

Autres circonstances à domicile et/ou sociales du patient

Autres maladies sous-jacentes de l'enfant .

10-Quelles sont les critères de sortie d'enfant atteint de la malnutrition

Guéris Référence nutritionnel Abandon

Référence médicale Décès Autre à préciser.....

11-Si guéris quelles sont les critères de guérison ? /___/

P/T \geq -1,5 Z score pendant deux pesées consécutives ;

PB \geq 125 mm pendant deux visites consécutives.

Autre à préciser.....

12-Quelles attitudes adoptez-vous face au cas d'abandon ?

Visite à domicile Aucune intervention

Référence au CSCOM Autre....

13-Avez-vous l'habitude de référer des enfants en cas d'échec au traitement au CSCOM ? 1=OUI 2=NON

14-Avez-vous la possibilité d'informer la structure de référence avant de mettre les malades en route ? oui=1 non=2 /___/

15-Avez-vous la retro-information en cas de référence ? /___/ oui=1

15-1-Si oui par quel moyen ? /___/ non=2

Téléphone Parents Agent qui accompagne le malade

Autres à préciser.....

16-Etes-vous supervises ? /___/ oui=1

16-1Si oui quel est le service chargé de la supervision ? /___/ non=2

CSCOM CSREF DRS DGS ; ONG

Autres à précision.....

17-Quel est le rythme de la supervision ?

Mensuel ; Trimestriel Semestriel Annuel ;

Pas de rythme fixe Ne sait pas

18-Pensez-vous la supervision permet de renforcer votre capacité de prise en charge ? 1=OUI 2=NON /___/

Guide d'observation des ASC lors du dépistage de la malnutrition

L'accueil

1-Salutation /___/ 1=Oui 2 =Non

2-Présentation /___/ 1=Oui 2 =Non

3-Préparation psychologique avant l'intervention /___/ 1=Oui 2 =Non

Technique

4-Installation correcte du couples mères -enfant /___/
1=Oui 2 =Non

5-Prise du périmètre brachial /___/
1=Correcte 2=Incorrecte 3=Non fait

6-Recherche des œdèmes /___/
1=Correcte 2=Incorrecte 3=Non fait

7-Prise de paramètres (Température) /___/
1=Correcte 2=Incorrecte 3=Non fait

8-Explication de l'observation faites au malade /___/
1=Oui 2 =Non

9-Remerciement du malade pour la bonne collaboration. 1=Oui /___/
2 =Non

10-Date du prochain rendez-vous /___/
1=Oui 2 =Non

B. Questionnaire pour les mères /gardien(nes) d'enfants

N° de la fiche /__//__/ Date d'entretien /__//__/ /__//__/ /__//__/

caractéristiques des mères/gardiennes d'enfants de 6 à 59 mois

1-Age en année ? /__//__/

3- Profession /__//

1=Ménagère 2=Cultivatrice

3=Artisane 4=Commerçante 5=Salariée

6= Autres à préciser.....

4-Statut matrimonial /__//

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

5-Niveau d'éducation /__//

1=Non scolarisé(es) 2=Fondamentale 3=Secondaire

4= Supérieur 5=Coranique

Opinion de la mère/gardiennne par rapport à la prise en charge de la MAM par les ASC

6- Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'accueil ? /__//

1-Satisfait 2-Tres satisfait 3-Pas satisfait

7-Quel votre niveau de satisfaction par rapport à la /__//

communication avec l'agent de santé au cours de la

consultation ? 1-Satisfait 2-Tres satisfait

3-Pas satisfait

8-Quel votre niveau de satisfaction par rapport à la démarche /__//

diagnostique (est ce que l'agent a regardé l'enfant) 1-Satisfait 2-

Tres satisfait 3-Pas satisfait

9-Quel votre niveau de satisfaction par rapport aux traitements /__//

donnés ? 1-Satisfait 2-Tres satisfait

3-Pas satisfait

10-Quel votre niveau de satisfaction par rapport aux conseils /__//

donnés ? 1-Satisfait 2-Tres satisfait

3-Pas satisfait

11-Quel votre niveau de satisfaction par rapport aux /__//

informations données sur le rendez-vous de suivi de l'enfant ?

1-Satisfait 2-Tres satisfait 3-Pas satisfait

12-L'ASC vous a- t-il informé du diagnostic de votre enfant ? /__//

oui=1 non=2

Connaissances et attitudes des mères sur la malnutrition

13-Qu'est-ce que la malnutrition

14-Pouvez-vous me dire les signes qui attirent votre attention sur la

malnutrition ?.....

15-Quelles sont les causes de la malnutrition aiguë modérée ? /__//

Sevrage précoce Maladies de l'enfant

Régime alimentaire inadéquat

Mauvaise hygiène alimentaire

Grossesses rapprochées

Autre à préciser....

16-Que faites-vous en cas de suspicion de malnutrition chez /___/ votre enfant ?

1=Ne rien faire

2=Recours aux radiothérapeutes

3=Recours à ASC

4= Recours à centre de santé

5=Automédication

6=lui donner des aliments riches en vitamines

7=Autre à préciser....

17-Comment percevez-vous prise en charge de malnutrition par /___/ les ASC

1= c'est bien 2=Ce n'est pas bien 3=Ne sais pas

18-Selon vous, que devons-nous faire pour améliorer le travail des ASC.....

C. Questionnaire pour le personnel impliqué dans la prise en charge de la malnutrition

Fiche N° : ... Date: /__//__/_/___/

- 1-Profession :** /___/
1=Médecin ,2=Infirmier ,3=Sage-femme ,4=I O ,5= SP
- 2-Sexe :** 1=Masculin 2= Féminin /___/
- 3-Depuis combien de temps êtes-vous dans la prise en charge de la malnutrition ? (année)** /___/
- 4-Avez-vous reçu une formation sur la PCIMA** /___/
- 5-Etes-vous au courant de l'approche des ASC à Yirimadio ?** /___/
1=Oui 2=Non
- 6-Depuis combien de temps l'approche des ASC existe à Yirimadio ? (années)** /___/
- 7-Pour vous le choix de votre centre dans l'implantation de cette approche est-il justifié et utile ?** /___/
1=oui 2=non
- 8-Quel est le nombre moyen de ménage à couvrir/ASC ?** /___/
- 9-L'approche des ASC a-t-il eu un impact sur la prise en charge de la malnutrition ? 1=oui 2=non** /___/
- 10-Si oui comment ?.....**
- 11-Comment évaluez-vous la qualité de relation que vous avez avec ASC ? 1=Excellente 2=Bonne 3=Moyenne 4=Pas bonne 5=Médiocre** /___/
- 12-Pour vous comment vous voyez la relation des ASC avec la population ?1=Excellente 2=Bonne 3=Moyenne 4=Pas bonne 5=Médiocre** /___/
- SUPERVISION**
- 13-Avez-vous déjà participé à la supervision des ASC ?** /___/
1=oui 2=non
- 14-Si oui que pensez-vous de l'intervention des ASC dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modéré ?**
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DEMBELE **Prénoms :** Daouda Seydou

Mail : daoudas41@gmail.com **Tél :** (00223) 79323727

Titre : implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois dans le CSCOM de Yirimadio.

Année Universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique, nutrition, pédiatrie

Résumé :

La malnutrition aigüe modérée demeure toujours un problème de santé publique au Mali. Notre étude visait à évaluer l'implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée chez les enfants de 6 à 59 mois dans le CSCOM de Yirimadio.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive dont la période d'étude s'étendait d'octobre 2019 à septembre 2020. Cette étude a concerné 66 agents de santé communautaire, 76 mères /gardiennes d'enfants et trois prestataires de l'URENI du CSCOM de Yirimadio.

Les ASC avaient une bonne maîtrise des outils de dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée. Une grande proportion des bénéficiaires étaient satisfait du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée. Les prestataires pensaient les ASC contribuaient à la recherche active des cas et au dépistage communautaire de la malnutrition.

Les ASC constituent le socle de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée à Yirimadio.

Mots clés : Malnutrition ; Implication, ASC, Prise en charge, Enfants de 6 à 59 mois.

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 mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

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